



CONTROL DE ASESORÍAS PARA PROFESORES DE SEMINARIO Y ASESORES

Periodo escolar _____

() Primer Seminario () Segundo Seminario

Matrícula: _____ Licenciatura: _____

Nombre del alumno(a): _____

Nombre del asesor: _____

Profesor de seminario: _____

DESCRIPCIÓN DE REVISIONES		
Fecha	Asesor	Profesor de seminario
Fecha: ____/____/____ Asesoría no. _____	Contenido: Firma:	Contenido: Firma:
Fecha: ____/____/____ Asesoría no. _____	Contenido: Firma:	Contenido: Firma:
Fecha: ____/____/____ Asesoría no. _____	Contenido: Firma:	Contenido: Firma:
Fecha: ____/____/____ Asesoría no. _____	Contenido: Firma:	Contenido: Firma:
Fecha: ____/____/____ Asesoría no. _____	Contenido: Firma:	Contenido: Firma:
Fecha: ____/____/____ Asesoría no. _____	Contenido: Firma:	Contenido: Firma:

Nota: Este documento es requisito para el pago de asesores.

Vo. Bo. Coordinador de Licenciatura
(sello y firma)