

**FORMATO DE EVALUACIÓN PARA ELECTIVA  
OPTOMETRÍA, ODONTOLOGÍA Y PSICOLOGÍA  
COMITÉ DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN TUTORIAL, CICS UST**

**Docente:** Especificar la(s) actividad(es) que presenta estudiante, asignando los créditos de acuerdo a documentos cotejados.

<b>Eje</b>	<b>Modalidad</b>	<b>Actividad</b>	<b>Nombre de Actividad</b>	<b>Créditos</b>
<b>A</b>	1	I		
		II		
	2	I		
		II		
		III		
		IV		
		V		
		VI		
		VII		
	3	I		
		II		
		III		
IV				
<b>B</b>	1	I		
		II		
		III		
		IV		
		V		
	2	I		
		II		
		III		
		IV		
		V		
<b>C</b>	1	I		
		II		
		III		
		IV		
	2	I		
		II		
	3	I		
		II		
		III		
		IV		
		V		

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma Docente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de estudiante

Fecha: \_\_\_\_\_