

**PROGRAMA DE INTEGRACIÓN
INFORME ACADÉMICO**

NOMBRE Y APELLIDO:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

UNIDAD ACADÉMICA: FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

FECHA DE REALIZACIÓN:

DURACIÓN:

SEDE: (nombre y dirección de la institución)

CERTIFICACIÓN OBTENIDA:

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS:

TRANSFERENCIA: (Comente brevemente cómo aplicó su capacitación y/o perfeccionamiento en la Universidad):

(Adjuntar certificado de asistencia y/o aprobación)

FIRMA

FECHA DE ENTREGA: