**INFORME ACTIVIDADES 2019**

**PROGRAMA FORMACIÓN DE CAPITAL HUMANO AVANZADO**

**CONICYT**

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO BECA** (Seleccione): | AÑO CONVOCATORIA: |
| MAGISTER NACIONAL |  |
| MAGISTER NACIONAL FUNCIONARIOS/AS SECTOR PÚBLICOS |  |
| MAGISTER NACIONAL PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN |  |
| **FECHA DE APROBACIÓN DEL EXÁMEN DE CALIFICACIÓN O CANDIDATURA** (si corresponde)**(día/mes/año):** | **FECHA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS** (si corresponde)**(día/mes/año):** |
| NOMBRE BECARIO/A: | R.U.N.: |
| NOMBRE TUTOR: | R.U.N.: |
| PROGRAMA DE ESTUDIO: |
| UNIVERSIDAD: |
| **INFORME** (Seleccione) |
| **RENOVACIÓN BECA** (no incluye período de Extensión) |
| PERIODO QUE SE INFORMA (**Año académico 2018**) | DESDE: 01-03 -2018 | HASTA: 28-02-2019 |

**CONTENIDO INFORME (MARQUE EL CASILLERO QUE CORRESPONDA)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | NO APLICA | ADJUNTO |
| a. Certificado emitido por la Dirección de Postgrado o Director/a del Programa de estudios con las calificaciones obtenidas en las asignaturas cursadas en el año 2018, incluyendo las que son evaluadas por concepto (APROBADO/REPROBADO), indicando año/semestre **(Obligatorio)** |  |  |
| b. Si usted no tuvo calificaciones durante el año 2018, adjuntar certificado de la universidad (emitido por la Dirección de postgrado o Director/a del Programa de estudios) que acredite que no tiene asignaturas con notas por motivo de realización del proyecto de tesis. (Sólo si no presenta certificado de letra a.) |  |  |
| c. Certificado de aprobación del Examen de Calificación (de corresponder) |  |  |
| d. Certificado de Afiliación del becario/a a un plan de salud vigente (como titular o carga), de corresponder. |  |  |
| e. Inscricpción de ramos para el 1er. semestre del año 2019 (**Obligatorio**)Nota: En caso de que la universidad no pueda emitir el certificado de inscripción en esta fecha, usted tendrá como plazo máximo el 20 de marzo del 2019 para enviar el documento. |  |  |
| f. Si usted no inscribe ramos, debe enviar un Certificado de su universidad (emitido por la Dirección de postgrado o Director/a del Prgrama de estudios), el cual acredite las actividades a realizar durante el primer semestre de 2019. **(Sólo si no presenta certificado de letra e.)** |  |  |

1. **BREVE DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES ACADEMICAS REALIZADAS EN EL PERIODO SEÑALADO ANTERIORMENTE** (informar asignaturas cursadas y si corresponde: asistencia a congresos u otros eventos, publicaciones, estadías de investigación en el extranjero, etc.) **(OBLIGATORIO)**

|  |
| --- |
|  |

1. **INFORME AVANCE DE TESIS** (En el caso que el becario esté en etapa de desarrollo de tesis) **(SI CORRESPONDE) Mínimo 2 páginas.**
2. **OTROS COMENTARIOS (OPCIONAL)**

|  |
| --- |
|  |

1. **OBSERVACIONES DEL TUTOR (OPCIONAL)**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FIRMA TUTOR TESIS\*****Nombre:****Correo electrónico:**Timbre de Universidad |  | **FIRMA BECARIO/A\*****Nombre:****Correo electrónico:** |

***\*No se aceptarán documentos digitales que presenten firmas o timbres copiados de imágenes.***