



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA**



CARTA COMPROMISO DEL DOCENTE TUTOR

México, D.F. a _____ de _____ de _____ .

M. en C. Jacqueline Amanda Yglesias Sánchez
Coordinadora del Plan de Acción Tutorial,
Escuela Superior de Medicina.
P r e s e n t e.

En el entendido de la responsabilidad Institucional, laboral y ética, del docente tutor en el Programa de Tutorías, con el presente informo a Usted, que a partir del día de hoy, he aceptado, voluntariamente, ser el maestro tutor del alumno (a) _____ con número de boleta _____, para el período comprendido _____ del 2016, conforme las normas jurídicas y lineamientos administrativos que rigen al Programa Institucional de Tutorías vigentes.

Por lo anterior y en apego al registro como participante del PIT-IPN, le hago de su conocimiento los siguientes datos personales, con las restricciones de ley.

Nombre completo del docente tutor.	
RFC	
Número de tarjeta	
Correo Electrónico	
Teléfono Celular.	
Extensión Red-IPN	
Ultimo grado de Estudios	
Tipo de nombramiento (Interinato) (Base).	
Número de horas totales en la Institución.	
Asignatura que imparte	
Academia a la que pertenece	

Sin otro particular.

A T E N T A M E N T E

Nombre y Firma del Docente Tutor

Plan de San Luis y Díaz Mirón
Col. Santo Tomás, C.P. 11340, México D.F.
5729-6300 Ext.62812
Correo: tutoriacoord@hotmail.com