



Tutoría entre Pares

LISTA DE ALUMNOS TUTORADOS 2027-1 (Ago-Dic2026)

90 Aniversario del Instituto Politécnico Nacional
90 Aniversario del CECyT 2 "Miguel Bernard"
30 Aniversario de la UPIITA
50 Aniversario del CICIMAR

N°
Consecutivo

N° Boleta

Nombre de alumno tutorado

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17



2026
año de
**Margarita
Maza**



Escuela Superior de Medicina
Subdirección Académica
Evaluación y Seguimiento Académico
Coordinación de Tutorías

Tutoría entre Pares

LISTA DE ALUMNOS TUTORADOS 2027-1 (Ago-Dic2026)

90 Aniversario del Instituto Politécnico Nacional
90 Aniversario del CECyT 2 "Miguel Bernard"
30 Aniversario de la UPIITA
50 Aniversario del CICIMAR

Nº
Consecutivo

N° Boleta

Nombre de alumno tutorado

[illegible]

2026
año de
Margarita
Maza

Unidad Profesional "Lázaro Cárdenas", Plan de San Luis, Esq. Salvador Díaz Mirón,
Colonia Santo Tomás, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11340, Ciudad de México
Conmutador 01 (55) 5729 6000 exts. 62812. <https://www.esm.ipn.mx>



Tutoría individual

Escuela Superior de Medicina
Subdirección Académica
Evaluación y Seguimiento Académico
Coordinación de Tutorías

CARTA COMPROMISO DEL DOCENTE TUTOR

90 Aniversario del Instituto Politécnico Nacional
90 Aniversario del CECyT 2 "Miguel Bernard"
30 Aniversario de la UPIITA
50 Aniversario del CICIMAR

Ciudad de México, ____ de ____ de 2026

DRA. VERÓNICA PACHECO MORA
COORDINADORA DE TUTORÍAS
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
PRESENTE

En el entendido de la responsabilidad institucional, laboral y ética del Docente tutor en el Programa de tutorías, con el presente informo a Ud. que a partir del día de hoy he aceptado voluntariamente ser Maestro tutor de los alumnos registrados en los formatos anexos para el ciclo escolar **2027-1 (Ago-Dic2026)**, conforme las normas jurídicas y lineamientos administrativos que rigen al Programa Institucional de Tutorías vigente.

Me comprometo a llevar a cabo la reflexión correspondiente al final del ciclo escolar, así como solicitar a mis alumnos tutorados la apreciación de la tutoría, ambas en la plataforma del Sistema de Administración del Programa Institucional de Tutorías.

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

Nombre completo:

RFC:

Número de empleado y tarjeta:

Empleado _____ Tarjeta _____

Correo electrónico institucional:

Teléfono celular y Extensión Red-IPN:

Celular _____ Ext. _____

Último grado de estudios:

Tipo de nombramiento: (Interinato)/(Base)

Grupo al que imparte clase:

UdA que imparte:

Área a la que se encuentra adscrito:

(Básicas)/(Clínicas)/(Humanista)

Número total de horas en el IPN:

ATENTAMENTE

Nombre y firma del Docente tutor

VPM/alrp



2026
año de
Margarita Maza



Tutoría individual

Escuela Superior de Medicina
Subdirección Académica
Evaluación y Seguimiento Académico
Coordinación de Tutorías

REGISTRO DEL ALUMNO TUTORADO

90 Aniversario del Instituto Politécnico Nacional
90 Aniversario del CECyT 2 "Miguel Bernard"
30 Aniversario de la UPIITA
50 Aniversario del CICIMAR

Ciudad de México, ____ de ____ de 2026

DRA. VERÓNICA PACHECO MORA
COORDINADORA DE TUTORÍAS
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
PRESENTE

Por medio del presente, solicito a usted ser parte de la Tutoría de Regularización como alumno tutorado a partir del día de hoy para el ciclo escolar **2027-1 (Ago-Dic2026)**.

Me comprometo a llevar a cabo la apreciación de la tutoría mediante la plataforma del Sistema de Administración del Programa Institucional de Tutorías al final del ciclo escolar.

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

Nombre del alumno: _____
Edad: ____ años. Estado civil: _____
Correo Electrónico: _____
N° de Boleta: _____ Grupo actual: _____
Semestre que cursa: _____ Promedio: _____
Domicilio particular: _____
Calle: _____ N° ext.: _____ N° int.: _____ C.P. _____
Colonia: _____ Municipio/Alcaldía: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____
¿Becario?: (SI) (NO) Tipo de Beca: _____
Docente tutor: _____

Comentarios personales sobre su situación académica en la Escuela Superior de Medicina y problemas que afecten su desempeño escolar:

ATENTAMENTE

Nombre y firma del Alumno tutorado

VPM/alrp

