



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





Tutoría individual

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

