



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
COORDINACIÓN DE SERVICIOS ESTUDIANTILES Y GESTIÓN ESCOLAR
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES

REPORTE SEMESTRAL DE ACTIVIDADES

Nombre del Becario _____ Semestre _____
Carrera _____ No. de Matrícula _____ Unidad Académica o Administrativa
donde realizó sus actividades _____
Período de Vigencia _____ Horario _____
Nombre y Número del Programa _____
Nombre del responsable directo del Becado _____

ACTIVIDADES QUE REALIZÓ EL BECADO DURANTE EL PERÍODO DE SU BECA

Baja California, a _____ de _____ de 200_____

Nombre y Firma del Becario

Nombre y Firma del Responsable

Vo.Bo.

**Nombre y Firma del Director de la
Unidad Académica/Dependencia**