**FORMULARIO INFORME DE ACTIVIDAD BECAS DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN**

**MAGÍSTER, DOCTORADO Y ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**2024-2**

**Datos de el/la estudiante**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo:  |  |
| RUN:  |  |
| Correo electrónico: |  |
| Teléfono: |  |
| Nombre del Programa:  |  |
| Semestre-Año de Ingreso |  |
| Fecha |  |

**Actividad realizada**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ | Evento científico |
| ☐ | Curso |
| ☐ | Pasantía de investigación |

**Lugar donde realizó la actividad**

|  |  |
| --- | --- |
| País: |  |
| Ciudad: |  |
| Universidad o Institución: |  |

**Fechas en las que se realizó la actividad**

|  |  |
| --- | --- |
| Desde: | Hasta:  |
| **(Señalar si no se asistió y/o realizo durante todo el tiempo informado, especificando las razones)** |

**Co-Financiamiento**

|  |
| --- |
| **(Señalar si se cumplió con el cofinanciamiento si estaba comprometido)** |

**Descripción de actividades realizadas señalando si se cumplieron los objetivos propuestos (máximo una plana).**

|  |
| --- |
|  |

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha y Firma del/la Estudiante**

**Anexos**

* Comprobantes de gastos realizados, en los ítems señalados para cada actividad que financie esta beca hasta alcanzar el monto total recibido. Los comprobantes deben venir fechados nítidamente.
* Certificado de Inscripción y/o participación en el evento de acuerdo a las especificaciones de cada tipo de actividad.