

**PROGRAMA INSTITUCIONAL DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD Y FARMACÉUTICAS**

**CARTA DE RECOMENDACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del aspirante: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y grado de la persona que recomienda |  |

1.- ¿Desde hace cuánto conoce al aspirante?

2.- ¿En qué nivel lo conoce?

Profesor Jefe

Director de tesis Otro

3.- Haga una evaluación objetiva del aspirante, considerando su desempeño pasado y considerando también sus habilidades para emprender y completar estudios de posgrado.

4.- Evalúe por favor al aspirante en comparación con otros estudiantes a quienes ha conocido durante su vida profesional. Marque con una x la casilla de su elección.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Excelente | Muy bien | Promedio | Abajo del promedio |
| Capacidad intelectual |  |  |  |  |
| Capacidad en el trabajo |  |  |  |  |
| Capacidad de trabajo |  |  |  |  |
| Persistencia para estudios de Posgrado |  |  |  |  |
| Iniciativa |  |  |  |  |
| Madurez emocional |  |  |  |  |
| Adaptabilidad a nuevas situaciones |  |  |  |  |
| Cualidades de liderazgo |  |  |  |  |
| Potencial como docente |  |  |  |  |

5.- En dónde lo ubicaría de acuerdo al nivel de sus compañeros:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Superior | | Medio | | Inferior | |
| 95% | 90% | 75% | 50% | 25% | 10% |
|  |  |  |  |  |  |

Fecha: Firma:

*\*La información contenida en este documento se manejará con absoluta confidencialidad y bajo ninguna circunstancia debe el aspirante regresar esta carta en sobre abierto*

Favor de dirigir esta carta al Coordinador del Programa de Maestría en Ciencias de la Salud y entregarla en sobre cerrado el día de la entrevista