



## Plan de Acción Tutorial Semestral

Periodo: ( ) Enero-Julio ( ) Agosto-Diciembre. Fecha: \_\_\_\_\_

Plan de estudios: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

No. de estudiantes: \_\_\_\_\_

Nombre del Tutor(a) de Grupo: \_\_\_\_\_

NO.	ACTIVIDAD	HORAS	FECHA		INFORMACIÓN ADICIONAL
			Inicio	Final	

ELABORÓ

RECIBE

Vo.Bo.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR(A)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL  
COORDINADOR DEL PIT

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE Y FIRMA DE JEFE DE  
DESARROLLO ACADÉMICO)