

## ANEXO N°03

### FICHA DE ASESORÍA DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

#### UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD / INSTITUTO / FILIAL  
Unidad de posgrado / Departamento / Escuela

FICHA DE ASESORÍA DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

#### 1. INFORMACIÓN GENERAL

Título del trabajo de suficiencia profesional:	
Título de Médico por optar:	
Mención:	
Autor (es) del trabajo: (Apellidos y nombres)	
Asesor (a):	
Fecha de asesoramiento: dd/mm/aaaa	N° de Asesorías (Min. 4):
N° de veces que fue Observado:	
Modalidad de asesoría:	

#### 2. INFORMACIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD DE ASESORÍA

<b>2.1 Sobre levantamiento de sugerencias y observaciones anteriores (Obligatorio llenar)</b>          
<b>2.2 Nuevas sugerencias y observaciones (Obligatorio llenar)</b>          

**2.3 Estado de cumplimiento del cronograma (incluye explicación causas incumplimientos, en caso exista): (Obligatorio llenar)**

**2.4 Otras cuestiones por informar relacionadas con el desarrollo del trabajo (Obligatorio llenar)**

---

**Asesor(a)**

---

**Asesorado(a)(s)**