



Universidad de Puerto Rico
 Recinto de Ciencias Médicas
 Decanato de Asuntos Académicos



RESUMEN DE LOS PARTICIPANTES EN LA EVALUACIÓN SUMATIVA DE LA FACULTAD

Nombre del Docente: _____

Programa/Sección: _____

Escuela/Decanato: _____

Rango Actual: _____

Departamento/Oficina: _____

Fecha de Otorgación: _____

Facultativo (Par)	Nombre	Firma
Seleccionado por el Docente		
Seleccionado por el Supervisor		
Seleccionado por el Comité de Personal de Departamento o Unidad		

Nombre del Supervisor Inmediato del Docente	
---	--

Nombre de Miembros Comité de Facultad	Nombre de Miembros Comité de Departamento
Presidente:	Presidente:

Certifico que la información provista arriba es correcta:

Firma del Docente: _____

Fecha: _____

Firma del supervisor inmediato: _____

Fecha: _____