

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO ACADÉMICO E INNOVACIÓN EDUCATIVA**  
**SUBDIRECCIÓN DE INNOVACIÓN EDUCATIVA**  
**JEFATURA DE EVALUACIÓN DOCENTE**

Para la firma del convenio de exclusividad es necesario actualizar su información.

INFORMACIÓN GENERAL				
Núm. Empleado	Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombre(s)
CURP		R.F.C. (Con homoclave)		
Correo Electrónico:		Teléfono y extensión:		
Nacionalidad:		Lugar de Nacimiento:		
Domicilio:		Colonia:	Estado Civil:	
Instituto				
IADA	ICB	ICSA	IIT	
Departamento:			Grado máximo de estudios:	
Cargo Administrativo:				
REQUISITOS				
Día	<b>Fecha de Ingreso como Docente de la UACJ</b>		Autoevaluación	Evaluación
	Mes	Año		
<b>Categoría</b>				
<b>Grado Máximo de Estudios</b>				
<b>Dedicación</b>				
Enero-Junio	Agosto-Diciembre			
<b>Calidad del desempeño docente evaluada por estudiantes a través de la encuesta de opinión estudiantil.</b>				
<b>Tutorías permanentes a los estudiantes certificadas por DINNOVA</b>				
<b>Asesorías a los estudiantes certificadas por la Jefatura del Dpto. correspondiente</b>				
<b>NIVEL</b>				
Observaciones:				