



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR

FORMATO ÚNICO DE CORRECCIÓN DE CALIFICACIÓN

FECHA: _____

DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
PRESENTE.-

CON BASE AL ARTÍCULO 63 DEL REGLAMENTO DE ESTUDIOS ESCOLARIZADOS PARA LOS NIVELES MEDIO SUPERIOR Y SUPERIOR SE SOLICITA LA SIGUIENTE CORRECCIÓN:

ESCUELA: ESIME UNIDAD TICOMAN

| | | | |
|---|------------------------------|---|--|
| PERIODO ESCOLAR: | | TIPO DE EXAMEN: | |
| FECHA DE APLICACIÓN DE EXAMEN: | | <input type="checkbox"/> DEPARTAMENTAL | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE CAPTURA EN EL SAES: | | <input type="checkbox"/> FINAL | |
| | | <input type="checkbox"/> EXTRAORDINARIO | |
| | | <input type="checkbox"/> ETS ORDINARIO | |
| | | <input type="checkbox"/> ETS ESPECIAL | |
| CLAVE ASIGNATURA: | NOMBRE DE ASIGNATURA: | | |
| RFC PROFESOR : | NOMBRE DEL PROFESOR : | | |
| ALUMNO: | | | |
| BOLETA: | GRUPO: | SEMESTRE/NIVEL: | |
| CARRERA: | | | |
| CALIFICACIÓN CORRECTA: | | CALIFICACIÓN INCORRECTA: | |
| NÚMERO/LETRA | | NÚMERO/LETRA | |
| MOTIVO DE LA CORRECCIÓN: | | | |
| SOPORTE QUE PRESENTA: <input type="checkbox"/> EXAMEN <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> PROYECTO <input type="checkbox"/> CONSTANCIA MÉDICA <input type="checkbox"/> DICTAMEN DE LA REVISIÓN | | | |
| <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE REVISIÓN DE EXAMEN O EXAMEN EXTEMPORÁNEO <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE) | | | |

NOMBRE Y FIRMA DEL
PROFESOR

ING. RUBÉN M. PARDO SAAVEDRA

FIRMA DEL SUBDIRECTOR
ACADÉMICO INTERINO

ING. JOSÉ JAVIER ROCH SOTO

FIRMA DEL DIRECTOR DEL PLANTEL

REVISION SUPERVISOR

NOMBRE Y FIRMA
DEL SUPERVISOR DE LA DAE

/ /
DD MM AAAA

FECHA DE CORRECCIÓN
EN SISTEMA

NOTA: ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ OFICIAL SINO CUENTA CON LA FIRMA DEL SUPERVISOR