



**REGISTRO DE ACTIVIDADES  
INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y VINCULACIÓN**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Tipo de actividad**

**Seminario** \_\_\_\_\_ **Coloquio** \_\_\_\_\_ **Congreso** \_\_\_\_\_

Otro, especifique

Nombre del evento:

Investigador(a)

coordinador del evento:

Instituciones

coordinadoras:

Salón solicitado:

Salón Naranja \_\_\_\_\_ usos múltiples \_\_\_\_\_ Jan De Vos \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Fecha(s):

Del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Horario:

Número de participantes: \_\_\_\_\_

Equipo:

Mobiliario:

Apoyo logístico:

Requerimientos

adicionales:

Comentarios:

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del que autorizó

Favor de enviar el formato al correo electrónico: [admonsureste@cieras.edu.mx](mailto:admonsureste@cieras.edu.mx)