



**CIERRE DE VISITA EN BÚSQUEDA DE ACREDITACIÓN O VISITA DE SEGUIMIENTO**

|   |                           |
|---|---------------------------|
| Nombre de la Institución:   |                           |
| Unidad Académica:   |                           |
| Nombre del Programa Académico:  |                           |
| Matrícula:  |                           |
| Nivel Académico del Programa:   |                           |
| Nombre del Director de la Facultad:                                   |                           |
| Nombre del Responsable del programa:                                  |                           |
| Evaluación en búsqueda de acreditación. ( )                           | Visita de seguimiento ( ) |
| Nombres de los evaluadores:   |                           |
| Modalidad de evaluación:  |                           |
| Fecha de inicio de la visita a las instalaciones del programa:        |                           |
| Fecha y hora de cierre de la visita a las instalaciones del programa: |                           |

Los integrantes del grupo evaluador del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Farmacéutica, A. C., agradecemos el apoyo y participación para la realización de la visita a: *mostrar el nombre de las Autoridades y cargo*.  
Docentes, Estudiantes, Personal Administrativo en general.

**Durante esta visita se han observado las siguientes Fortalezas:**

- 1. Enlistar las fortalezas encontradas.*

**Así mismo se han encontrado las siguientes Áreas de Oportunidad:**

- 1. Enlistar las áreas de oportunidad.*

**Nombre y firma del grupo evaluador.**