**CONTROL DE ASESORÍAS EXTERNAS**

**Instrucciones:** Elaborar a computadora y entregar junto con Anexo XXIX Formato de Evaluación y Seguimiento de la Residencia Profesional y FO-TESCo-41 Control de Asesorías Internas.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. de Control: | | | | | (1) |
|  | | | | | |
| Nombre: | (2) | (3) | | (4) | |
|  | Apellido Paterno | Apellido Materno | | Nombre (s) | |
| Programa Educativo: | (5) | | Matrícula: | (6) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Periodo de control: | | | del: | | (7) dd/mm/aaaa | | | al: | | (8) dd/mm/aaaa | | |
| Días de asistencia: | | (9) | | | | | Horario de trabajo: | | | (10) | | |
| Horas reportadas: | (11) | | | Horas Acumuladas: | | (12) | Total de asistencias: | | (13) | | Total de Faltas: | (14) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Empresa, organismo o dependencia: | | (15) |
| Nombre del Proyecto: | (16) | |
| Resumen de actividades realizadas: | |  |
| (17) | | |

|  |
| --- |
| Observaciones: |
| (18) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (19) |  | (20) |
| Firma del (de la) Residente |  | Nombre, cargo y firma del Asesor Externo o Asesora Externa |

C.C.P. (21).- Jefatura de Departamento de Servicio Social y Prácticas Profesionales

(22).- Jefatura de División

Expediente/Minutario.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:** CONTROL DE ASESORÍAS EXTERNAS | | |
| **Objetivo:** Generar el control de las asistencias a la Empresa, Organismo o Dependencia, así como de las horas  cubiertas y actividades realizadas para el avance del reporte de Residencia Profesional. | | |
| **Distribución y Destinatario:** El formato se genera en original y dos copias. Una es para el Departamento de  Servicio Social y Prácticas Profesionales y el segundo es para la Jefatura de División correspondiente. | | |
| **No.** | **Concepto** | **Descripción** |
| 1 | No. de Control | Anotar el número de control parcial correspondiente al número de evaluación a entregar 1 o 2). |
| 2 | Apellido Paterno | Anotar el apellido paterno de la o el estudiante. |
| 3 | Apellido Materno | Anotar el apellido materno de la o el estudiante. |
| 4 | Nombre (s) | Anotar el nombre o nombres de la o el estudiante. |
| 5 | Programa Educativa | Anotar la carrera en la que se encuentra inscrito la o el alumno. |
| 6 | Matrícula | Anotar la matrícula de la o el estudiante. |
| 7 | Periodo | Anotar la fecha de inicio del Control de Asesorías, conforme al periodo parcial a reportar, que sea día hábil. |
| 8 | Anotar la fecha de término del Control de Asesorías, conforme al periodo parcial a reportar, que sea día hábil. |
| 9 | Días de asistencia | Anotar los días laborables de la o el estudiante dentro de la Empresa, Organismo o Dependencia, mismos que se encuentran establecidos en su Carta de Aceptación. (ejemplo: Lunes a Viernes) |
| 10 | Horario de trabajo | Anotar el horario laboral de la o el estudiante dentro de la Empresa, Organismo o Dependencia, mismo que se encuentran establecido en su Carta de Aceptación. (ejemplo: 9:00 a 16:00 horas) |
| 11 | Horas reportadas | Anotar el total de las horas generadas en el periodo parcial a reportar. |
| 12 | Horas acumuladas | Anotar la suma de las horas acumuladas en el periodo parcial a reportar.  En el primer control parcial, estas corresponden a las mismas horas reportadas en el punto 11.  En el caso del segundo reporte, deberá ser la suma de las horas reportadas en el primero más las horas reportadas en el segundo, considerando que debe ser un mínimo total de 500 horas. |
| 13 | Total de asistencias | Anotar el número de asistencias, por cada periodo a reportar, de la o el estudiante dentro de la Empresa, Organismo o Dependencia. |
| 14 | Total de faltas | Anotar las faltas, por cada periodo a reportar, de la o el estudiante dentro de la Empresa, Organismo o Dependencia. |
| 15 | Empresa, Organismo o Dependencia | Anotar el nombre de la Empresa, Organismo o Dependencia en donde la o el estudiante realiza la Residencia Profesional. |
| 16 | Nombre del proyecto | Anotar el nombre del proyecto de Residencia Profesional que se desarrolla dentro de la Empresa, Organismo o Dependencia. |
| 17 | Resumen de actividades realizadas | Anotar las actividades relevantes desarrolladas en el periodo para la realización del reporte de Residencia Profesional. |
| 18 | Observaciones | Anotar las observaciones relevantes (en caso de existir), por parte del  Asesor Externo o Asesora Externa. |
| 19 | Firma del residente | La o el estudiante deberá colocar su firma. |
| 20 | Nombre, cargo y firma del Asesor Externo o Asesora Externa | Anotar el nombre y cargo del Asesor Externo o Asesora Externa, así como su firma. |
| 21 | Jefatura de Departamento de Servicio Social y Prácticas Profesionales | Anotar el nombre del (de la) persona responsable de la Jefatura del Departamento de Servicio Social y Prácticas Profesionales. |
| 22 | Jefatura de División | Anotar el nombre de la persona responsable del (de la) Jefatura de División correspondiente. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CAMBIOS A ESTA VERSIÓN | | |
| No. de Versión | Fecha de Actualización | Descripción del Cambio |
| 0 | 01 de Marzo, 2018 | Nuevo formato para la Transición a la Norma ISO 9001: 2015 |
| 1 | 13 de Agosto, 2018 | Se modificó el punto No. 11 de los criterios a evaluar ya que se repetía con el No. 6 |
| 2 | 7 de Mayo del 2019 | Actualización en el nombre de las autoridades para la revisión y autorización del SGC. |
| 3 | 09 de Octubre, 2019 | Actualización en el nombre del responsable del formato y Titular del departamento de Calidad Educativa. |
| 4 | 30 de Abril, 2020 | Actualización del Responsable y Visto Bueno del SGC. |
| 5 | 13 de Noviembre, 2020 | Modificación del formato e instructivo de llenado conforme a necesidades del Departamento. Actualización del Responsable y Visto Bueno del SGC. |
| 6 | 22 de Enero, 2021 | Actualización del Responsable del Departamento de Servicio Social y Prácticas Profesionales. |
| 7 | 17 de Agosto, 2021 | Actualización del Responsable de la Jefatura de Calidad Educativa. |
| 8 | 18 de Enero 2022 | Actualización del Responsable de la Subdirección de Vinculación |
| 9 | 04 de Abril, 2022 | Actualización del Titular de la Dirección: Lcdo. Guillermo Alfredo Martínez González; Actualización de la Responsable del Departamento de Servicio Social y Prácticas Profesionales: Lcda. Claudia Teresa Trejo Jiménez. |
| 10 | 02 de Agosto 2022 | Actualización de la Responsable de la Subdirección de Vinculación: Mtra. Anel Octubre González García. |
| 11 | 30 de agosto del 2023 | Modificación en la redacción considerando el lenguaje incluyente de acuerdo con la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación.  Modificación en el cuadro de validaciones, siendo el dueño del Proceso quien autoriza el documento.  Cambio de Encargada del Despacho de los Asuntos del Departamento de Calidad Educativa.  Modificación en la redacción del FO-TESCo-36 Control de Asesorías Externas, así como del instructivo. |
| 12 | 23 de noviembre de 2023 | Actualización del logo del Gobierno de Estado de México.  Cambio de Encargada del Despacho de los Asuntos de la Subdirección de Vinculación. |
| 13 | 08 de abril de 2024 | Actualización del nombre del Subdirector de Vinculación y la Jefa del Departamento de Calidad Educativa.  Modificación en la redacción del instructivo de llenado del FO-TESCo-36 Control de Asesorías Externas. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Calidad Educativa**  **Visto Bueno** | **Autorizó** |
| Lcda. Claudia Teresa Trejo Jiménez  Jefa del Departamento de Servicio Social y Prácticas  Profesionales | Ing. Michal Belem Pérez Enríquez  Jefa del Departamento de Calidad Educativa | Mtro. Carlos Trejo Hernández  Subdirector de Vinculación |
| Firma: | Firma: | Firma: |
| 08 de abril de 2024 | 09 de abril de 2024 | 10 de abril de 2024 |