**INSTITUTO TECNOLÓGICO DE OCOTLÁN**

SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA

**DEPARTAMENTO DE:** SELECCIONE EL DEPARTAMENTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORME SEMESTRAL DEL ASESOR INTERNO DE RESIDENCIA PROFESIONAL** | | |
| **Nombre del/la asesor(a):** | Escribe el nombre completo | **Periodo:** Seleccione Seleccione |
| **Nombre del/la Residente:** | Escribe el nombre completo del estudiante | **Número de Control:** Escribe el Número de Control |
| **Título del Proyecto:** | Escribe el nombre completo del proyecto | |
| **Programa Educativo:** | Elija la carrera | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Primera Evaluación y Seguimiento Parcial | Segunda Evaluación y Seguimiento Parcial | Evaluación del Reporte de Residencia Profesional |
| ***Primer Seguimiento*** | ***Segundo Seguimiento*** | ***Reporte******Final*** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Calificación (10%): | Calificación (10%): | Calificación (80%) | |
|  |  |  | |
| CALIFICACIÓN FINAL: | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Fecha | Tema de la Asesoría | Hora | Firma del Residente |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **ESCRIBE EL NOMBRE COMPLETO**  **Del Asesor(a) Interno(a)** | **Sello Oficial del Departamento** | **ESCRIBE EL NOMBRE COMPLETO**  **Jefe(a) de Departamento Académico “Seleccione”** |

**NOTA:**

1. Llenar este formato por cada proyecto asignado.
2. Reportar los avances en las fechas requeridas (se reporta en el primer y tercer seguimientos de la calendarización de la instrumentación didáctica) y al final del semestre.

C.c.p. Archivo