carta COMPROMISO

residencia PROFESIONAL

Datos de LA/EL Residente

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: (1) | Género: (2) F ( ) M ( )  |
|  **Apellido Paterno Apellido Materno Nombres**  |
| No. Control: (3) |  Carrera: (4)  | Semestre: (5) |
| Domicilio: (6) |
|  **Calle y número Colonia o localidad Ciudad o municipio Código Estado**  |
| Número de teléfono celular: (7) | Correo Institucional: (8) |

compromisos de El/la Residente

(de acuerdo a lo establecido en el Lineamiento para la Operación y Acreditación de la Residencia Profesional)

1. La/el residente debe realizar el proyecto de Residencia Profesional en un periodo mínimo de 4 meses, cumpliendo un total de 500 horas
2. La/el residente debe cumplir el horario que especifique la Empresa
3. La/el residente debe mantener confidencialidad de la información relativa al proyecto y a toda aquella información que le sea proporcionada por la empresa, obligándose a no divulgar de forma alguna la información que llegue a tener en su posesión, manteniéndola de forma segura y se abstendrá de reproducir o hacer copias totales o parciales de la misma incluyendo aquella que no le sea proporcionada directamente, pero de la cual tuviera conocimiento con motivo del desarrollo de sus actividades.
4. La/el residente debe asistir a todas las actividades planeadas en su Programa de Residencia Profesional.
5. La/el residente dispone de 15 días naturales como tiempo máximo, a partir de la fecha en que concluyó las actividades de la Residencia Profesional, para entregar el Reporte Final de Residencia Profesional en formato digital a la Subdirección de Estudios Profesionales.

compromisos del ITSSMT

(de acuerdo a lo establecido en el Lineamiento para la Operación y Acreditación de la Residencia Profesional)

1. Proporcionará a la/el residente un seguro contra accidentes, que le otorga el derecho de atención, por cualquier accidente que le ocurra durante el desarrollo de sus actividades académicas dentro de la empresa. Así mismo, la/el residente dispone de los servicios que proporciona el I.M.S.S.
2. Asignar a la/el residente un/a asesor/a interno/a a través de la académica de la carrera que cursa y con las competencias profesionales acordes al proyecto. La/el asesor/a tendrá como responsabilidad las siguientes funciones:
3. Asesorar a la/el residente en la solución de problemas y explicación de temas relacionados con el Proyecto de forma semanal, destinando entre 1 a 2 horas.
4. Supervisar y evaluar las actividades que realiza de la/el residente en la empresa
5. La/el asesor deberá dar seguimiento utilizando las tecnologías de información y comunicación (TIC) o cualquier otro medio.
6. Asesorar a la/el residente en la elaboración del reporte final.
7. Evaluar el Reporte final de residencia profesional

DAtOS DE LA EMPRESA

|  |
| --- |
| Nombre: (9) |
| Domicilio: (10) |
|  **Calle y número Colonia o localidad Ciudad o municipio Código Estado**  |
|  |
| **Sector: (11)** | **Tipo de Empresa: (12)** |
| ( ) De Transformación (Sector Primario) | ( ) Micro (hasta 10 trabajadores) |
| ( ) De Manufactura (Sector Secundario) | ( ) Pequeña (entre 11 y 49 trabajadores) |
| ( ) De Servicio (Sector Terciario) | ( ) Mediana (entre 50 y 250 trabajadores) |
|  | ( ) Grande ( más de 250 trabajadores)  |

**COMPROMISOS DE LA EMPRESA**

(de acuerdo a lo establecido en el Lineamiento para la Operación y Acreditación de la Residencia Profesional)

La empresa designa a la/al asesor/a externo/a, que tendrá como responsabilidad las siguientes funciones:

1. Participar en la evaluación de la Residencia Profesional.
2. Supervisar el reporte preliminar mediante el formato electrónico que elabora la/el estudiante.
3. Asesorar y supervisar a las/os residentes en la solución de problemas y explicación de temas relacionados con el proyecto en los horarios previamente establecidos y autorizados en su plan de trabajo.
4. Revisar y evaluar el reporte final de residencia profesional.

Datos del Proyecto

|  |
| --- |
| Nombre del proyecto: (13) |
| Área de trabajo y/o Departamento donde desarrollará el proyecto: (14) |
| Periodo: (15) del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Horario de actividades: (16) |
| Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|  |  |  |  |  |  |
| Nombre del Asesor/a Externo/a: (17) |
|  Puesto: (18) | No. Celular: (19) | Correo Electrónico: (20)  |
| Nombre del Asesor/a Interno/a: (21) |
|  Puesto: (22) | No. Celular: (23) | Correo Institucional: (24) |
| Las/os asesores/as interno/a y externo/a deben comunicarse en al menos cuatro momentos de manera presencial o virtual; la primera para determinar las características del proyecto, las dos posteriores con el propósito de evaluar al residente en dos etapas parciales y la cuarta para la evaluación del reporte de residencia profesional. |

Me comprometo a cumplir con el programa de Residencia Profesional conforme a lo establecido en el convenio General ITSSMT- Empresa y de acuerdo con lo establecido en el Manual de Lineamientos Académico-Administrativos - Lineamiento para la Operación y Acreditación de la Residencia Profesional del Tecnológico Nacional de México.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (25) |  | (26) |
| Nombre y Firma del Residente |  | Nombre y firma del Asesor Interno |
| (27) |  | (28/) |
| Nombre y firma de la Subdirección Académica |  | Nombre y firma del Asesor Externo |

INSTRUCTIVO

|  |  |
| --- | --- |
| **No** | **Descripción**  |
| 1 | Anota el nombre de la/el residente empezando por apellido paterno, materno y nombres  |
| 2 | Selecciona el Género con una X F= Femenino y M= Masculino  |
| 3 | Anota el número de control de la/el residente  |
| 4 | Anota la carrera a la que pertenece la/el residente  |
| 5 | Anota el semestre en el que se encuentra la/el residente  |
| 6 | Anota la dirección del domicilio de la/el residente |
| 7 | Anota el número de celular de la/el residente |
| 8 | Anota el correo institucional de la/el residente  |
| 9 | Anota el nombre de la empresa o dependencia  |
| 10 | Anota el domicilio de la empresa o dependencia  |
| 11 | Selecciona con una X el sector al que pertenece la empresa o dependencia  |
| 12 | Selecciona con una X el tipo de empresa al que corresponde.  |
| 13 | Anota el nombre del proyecto  |
| 14 | Anota el área donde se desarrolla el proyecto  |
| 15 | Periodo en el que se desarrollara el proyecto ejemplo (22 de agosto al 13 de diciembre de 2022) |
| 16 | Anotar el horario en el que el residente se presentara a la empresa o dependencia para realizar sus practicas  |
| 17 | Anotar nombre de la/el Asesor/a Externo  |
| 18 | Anotar Puesto o cargo de la/el Asesor/a Externo  |
| 19 | Anotar el número de Celular de la/el Asesor/a Externo  |
| 20 | Anotar el Correo electrónico de la/el Asesor/a Externo  |
| 21 | Nombre de la/el Asesor/a Interno  |
| 22 | Anotar el puesto de la/el Asesor Interno (Profesor/a PTA o Profesor/a de Asignatura) |
| 23 | Anotar el número de Celular de la/el Asesor Interno  |
| 24 | Anotar el Correo institucional de la/el Asesor Interno |
| 25 | Anotar Nombre y Firma de la/el residente |
| 26 | Anotar nombre y firma de la/el Asesora Interno  |
| 27 | Anotar nombre y firma del Subdirector/a Académica  |
| 28 | Anotar nombre y firma de la/el Asesor/a Externo |