# ACTA DE CALIFICACION FINAL

**Por medio de la presente acta, es asentada la Calificación final de Residencia Profesional, del alumno(a):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No. Control** | **Nombre** | **Carrera** | **Calificación** |
| (1) | (2) | (3) | (4) |

**Escala de calificación de 0 a 100; la calificación mínima aprobatoria es 70.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencia, institución, organismo público o empresa** | (5) | | | |
| **Nombre del proyecto** | (6) | | | |
| **Periodo de**  **Residencia Profesional** (7) | **Fecha de inicio**:  XX/XX/XXXX | **Fecha de término**:  XX/XX/XXXX | **Duración**: (14) | **Horas**: 500 |

**Asesoras(es)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Interna(o)** | (8) |
| **Externa(o)** | (9) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Observaciones** | (10) |

**Río Grande, Zacatecas al día del mes de del 202.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Vo. Bo.**  C. (11)  **Asesor interno** | **(12)**  **Sello Servicios Escolares** | **Vo.Bo.**  C. (13)  **Jefa(a) Departamento de Servicios Escolares** |

***Original. Servicios Escolares***

***c.c.p. Subdirección Académica.- Para su conocimiento***

***c.p.p. Interesado***

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | Anotar el número de control del alumno(a). |
| **2.** | Anotar el nombre completo, apellido(s) de alumno(a). |
| **3.** | Anotar el nombre de la carrera que cursa el alumno. |
| **4.** | Asentar la calificación final de Residencias Profesionales. |
| **5.** | Anotar el nombre de la dependencia, institución, organismo público o empresa. |
| **6.** | Anotar el nombre del proyecto. |
| **7.** | Registrar la fecha de inicio, de término, duración (4 meses o seis meses), horas mínimo 500 horas. |
| **8.** | Anotar el nombre del asesor interno. |
| **9.** | Anotar el nombre de asesor externo. |
| **10.** | Nombre y firma de asesor interno. |
| **11** | Colocar el sello del Departamento de Servicios Escolares. |
| **12.** | Sello del Departamento de Servicios Escolares. |
| **13.** | Nombre y firma del Jefa(e) del Departamento de Servicios Escolares. |
| **14.** | Registras si son 4 meses o 6 meses |