**Instituto Tecnológico de Veracruz Folio GTyV (1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Subdirección de Planeación y Vinculación / Subdirección Académica**

**Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación**

**Reporte de Visitas a Empresas**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del docente responsable: (2)** |  |
| **Departamento Académico: (3)**  |  |
| **Objetivo(s) de la Visita (4)** |  |
| **Materias que cubrió la Visita (5)** |  |
| **Empresa** | **Plataforma** | **Ciudad, Estado** | **Fecha de Visita** | **Horario de Visita** |
| (6) | (7) | (8) | (9) | (10) |
|  **ESTUDIANTES QUE PARTICIPARÁN EN LA VISITA** (Inscritos en Ciclo Escolar y con Seguro Facultativo Vigente*)* |
| **No.****(11)** | **Nombre del Estudiante** | **No. Control** | **Ingeniería/Licenciatura** | **Sem** | **Teléfono de Emergencia** | **Asistió****(SI) (NO)** |
| **1** | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |   |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |  |  |
| **22** |  |  |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |  |  |
| **24** |  |  |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  |  |  |  |
| **26** |  |  |  |  |  |  |
| **27** |  |  |  |  |  |  |
| **28** |  |  |  |  |  |  |
| **29** |  |  |  |  |  |  |
| **30** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Total de Estudiantes que Participaron en la Visita** | (18) | **Hombres/Mujeres** | (19) | (20) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resultados e Incidentes:** (21)**Fecha de Entrega: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Tiempo que duro la visita virtual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Salida a tiempo: Si ( ) No ( ) Causa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Llegada a tiempo: Si ( ) No ( ) Causa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Egresados localizados (nombre / e-mail o teléfono):****Se cumplieron los objetivos de la visita Si ( ) No ( )** **Explique brevemente ¿Por qué?:** | **(**22) | (23) |
| **Folio del Departamento Gestión Tecnológica Y Vinculación**  | **Sello Recibido del Departamento de Gestión Tecnológica Y Vinculación*****(Después de la Visita)*** | **Sello Departamento****Académico** |
| (24)Firma | (25) Firma |
| **Docente Responsable de la Visita (26)** | **Jefe(a) del Departamento Académico (27)** |

NOTA: \*El Reporte deberá ser entregado como máximo 3 días hábiles posteriores a la realización de la visita. \*Deberá de contar con todos los campos llenos.

**Original-**Catedrático.

**Copia-**Gestión Tecnológica

**Copia-**Depto. Académico

**Instructivo de llenado**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Descripción** |
|  | Folio de Visita (Uso exclusivo del Departamento de Gestión Tecnológica Y Vinculación). |
|  | Nombre del Docente responsable del grupo durante la visita. |
|  | Nombre del Departamento Académico correspondiente del docente. |
|  | El (los) objetivo(s) de la visita. |
|  | Nombre de la asignatura que se apoya con la visita. |
|  | Nombre de la empresa. |
|  | Nombre de la plataforma digital que se utilizara para la visita virtual  |
|  | Ciudad y Estado de donde se localiza la empresa. |
|  | Fecha en que se realizará la visita. ( Día /Mes con letras/ Año Completo) Ejemplo: 15 Octubre 2018 |
|  | Hora en que se realizará la visita. (00:00 h.) Ejemplo:13:00 h. |
|  | No. consecutivo de Estudiantes. |
|  | Nombre del estudiante. (Apellido Paterno, Materno y Nombre) Ejemplo Pérez Mendoza Alberto de Jesús |
|  | No. de control del estudiante. |
|  | Nombre de la carrera a la que pertenece el estudiante. |
|  | Semestre que cursa el estudiante. |
|  | Teléfono en el cual se pueda notificar en caso de accidente o emergencia. Y el correo institucional del estudiante |
|  | Anotar (Si) o (NO) la asistencia del estudiante |
|  | Total de estudiantes que asistieron a la visita. |
|  | Total de Hombres que asistieron. |
|  | Total de Mujeres que asistieron. |
|  | Descripción de los incidentes ocurridos durante la visita en la empresa. |
|  | Sello de Recibido del Depto. de Gestión Tecnológica y Vinculación.(Después de la visita) |
|  | Sello del Departamento Académico. (Antes de la visita) |
|  | Firma del Docente responsable de grupo. |
|  | Firma del Jefe(a) del Depto. Académico al cual el Docente está asignado. (Antes de la visita) |
|  | Nombre del Docente responsable del grupo. |
|  | Nombre del Jefe(a) del Depto. Académico al cual el Docente está asignado. (Antes de la visita) |