Este formato debe ser llenado EXCLUSIVAMENTE a computadora y capturar TODOS los campos de información adecuadamente. Así mismo, este debe ser entregado en el Área de Práctica/Estancia Profesional con las firmas y sellos correspondientes, junto con la documentación soporte, afín de verificar el cumplimiento de los requisitos, y en su caso autorizar el inicio de la(s) Práctica(s) o Estancia(s) Profesional(es).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL (DE LA) ESTUDIANTE PRÁCTICANTE** | | | | | | | |
| **Nombre:** |  | | | | | **Matrícula:** |  |
| **Licenciatura:** | Elija un elemento. | | **Estatus:** | Elija un elemento. | | **Semestre:** | Elija un elemento. |
|  |  | |  |  | |  |  |
| **Créditos Cursados Válidos del Plan:** | |  | | | **Tipo de Servicio Médico:** | | Elija un elemento. |
| **Correo electrónico (No Universitario):** | |  | | | **Celular:** | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LA PRÁCTICA/ESTANCIA PROFESIONAL** | | | | | |
| **Nombre:** |  | | | | |
| **Razón Social:** |  | | | **Teléfono:** |  |
|  |  | | |  |  |
| **Titular:** |  | | | | |
| **Dirección (domicilio):** |  | | | | |
| **Convenio firmado:** | Si  No | **Fecha de firma:** |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PROGRAMA/PLAN ACTIVIDADES DE PRÁCTICA/ESTANCIA PROFESIONAL** | | | | | |
| **Nombre:** |  | | | | |
| **Responsable:** |  | | | | |
| **Cargo del Responsable:** |  | | | | |
| **Área o Departamento:** |  | | | | |
| **Dirección (domicilio):** |  | | | | |
| **Teléfono:** |  | **Ext.** |  | **Correo:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERIODO DE REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA/ESTANCIA PROFESIONAL** | | | |
| **Fecha de Inicio:** |  | **Fecha de Término:** |  |
| **Días de realización:** |  | **Horario:** |  |
|  |  |  |  |
| **Asignatura:** | Elija un elemento. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SUPERVISORES(AS) DE LA PRÁCTICA/ESTANCIA PROFESIONAL** | | | | | | | | |
|  | **Profesor(a) Universitario(a)** | | | |  | **Institución Receptora** | | |
| **Nombre:** |  | | | **Nombre:** | |  | | |
| **Departamento:** |  | | | **Departamento:** | |  | | |
| **Cargo:** |  | | | **Cargo:** | |  | | |
| **Teléfono:** |  | **Ext.** |  | **Teléfono:** | |  | **Ext.** |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |
| **Correo:** |  | | | **Correo:** | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Nombre, firma y sello del Responsable del Programa en la Institución Receptora** | **Nombre, y firma del(de la) Supervisor(a) en la Institución Receptora** | **Nombre, y firma del(de la) Profesor(a) Supervisor(a) Universitario(a)** | **Firma del (de la) Estudiante Practicante** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA INICIAR LA PRÁCTICA/ESTANCIA PROFESIONAL**  **(Espacio para uso EXCLUSIVO del Área de Prácticas Profesionales de la Universidad de Quintana Roo para llenar a puño y letra)** | | | | | | |
| **Cumple con TODOS los requisitos:** | Si  No | | **Requisito(s) que**  **incumple:** | Porcentaje de créditos  Estatus Académico Activo(a) o Egresado(a)  Servicio Médico Vigente | | Convenio de Práctica(s)/Estancia(s) Profesional(es) vigente  Programa/Plan de Actividades Autorizado  Artículo 9 del Reglamento de Prácticas Profesionales |
|  |  | |  |  | |  |
| **Fecha de Inicio Autorizada:** | |  | | |  | |
| **Fecha de Término Autorizada:** | |  | | | **Firma y sello de Autorización para iniciar la Práctica/Estancia Profesional por parte del**  **Área de Prácticas Profesionales de la Universidad de Quintana Roo** | |
|  | |  | | |