**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. | **Cuatrimestre:** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **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:** | Nombre de la institución receptora. |
| **Razón Social:** | Razón social de la institución receptora. | **Teléfono:** |  |
|  |  |  |  |
| **Titular:** | Nombre del **titular** o **encargado** **general** de la institución receptora. |
| **Dirección (domicilio):** | **Domicilio** en donde se encuentra la institución receptora. |
| **Convenio firmado:** | Si [ ]  No [ ]   | **Fecha de firma:** | Indispensable. |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL PROGRAMA/PLAN ACTIVIDADES DE PRÁCTICA/ESTANCIA PROFESIONAL** |
| **Nombre:** | Nombre del programa/plan de actividades (debe coincidir con el nombre del programa en el Plan de Actividades) |
| **Responsable:** | **Nombre del (de la) responsable** del lugar en donde realizarás la práctica/estancia profesional (es quien firma en todo el expediente por parte de la inst. receptora) |
| **Cargo del Responsable:** | **Cargo del (de la) responsable** del lugar en donde realizarás la práctica/estancia profesional. |
| **Área o Departamento:** | Área o departamento en donde se encuentra el (la) responsable del lugar en donde realizarás la práctica/estancia profesional. |
| **Dirección (domicilio):** | **Domicilio** en donde se encuentra la institución receptora. |
| **Teléfono:** | Indispensable. | **Ext.** |  | **Correo:** | Indispensable. |

|  |
| --- |
| **PERIODO DE REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA/ESTANCIA PROFESIONAL** |
| **Fecha de Inicio:** | **\*El período de realización no puede ser menor a dos meses art. 7\*** | **Fecha de Término:** | **\*El período de realización no puede ser menor a dos meses art. 7\*** |
| **Días de realización:** | **Días** de la semana **que asistirás a tus prácticas/estancias profesionales.** | **Horario:** | Revisa tu programa de actividades y **realiza las horas que corresponden a tu licenciatura o ingeniería**. |
|  |  |  |  |
| **Asignatura:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Profesor(a) Universitario(a)** |
| **Nombre:** | Nombre de tu profesor(a) supervisor(a) con el que se cargó la asignatura (es quien firma en la tercera parte). |
| **Departamento:** | Departamento en el que se encuentra laborando tu profesor(a) **supervisor(a) universitario(a)** |
| **Cargo:** | Cargo que desempeña tu profesor(a) supervisor(a) en la Universidad. |
| **Teléfono:** | Indispensable. | **Ext.** |  |
|  |  |  |  |
| **Correo:** | Indispensable. |
|  |  |

**Nombre, firma y sello del Responsable del Programa en la Institución Receptora**

 **Firma del (de la) Estudiante Practicante**

 **Nombre y firma del (de la) Profesor(a) Supervisor(a) Universitario**

|  |
| --- |
| **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 Autónoma del Estado de Quintana Roo** |
|  |  |