



UNIVERSIDAD
CONTEMPORÁNEA
DE LAS AMÉRICAS

**REGLAMENTO PARA LA PRESTACIÓN
DE PRÁCTICAS PROFESIONALES DE
LAS LICENCIATURAS DEL ÁREA DE
LA SALUD DE LA UNICLA**

UNICLA

**ANEXO NORMATIVO DE PRÁCTICAS PROFESIONALES
DE LAS LICENCIATURAS DEL ÁREA DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD CONTEMPORÁNEA DE LAS AMÉRICAS**
VIGENTE A PARTIR DEL DÍA 01 DE SEPTIEMBRE DEL 2018
DE OBSERVANCIA OBLIGATORIA

**REGLAMENTO PARA LA PRESTACIÓN DE PRÁCTICAS PROFESIONALES DE LAS LICENCIATURAS
DEL ÁREA DE LA SALUD**

CAPÍTULO 1. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Se entiende por Prácticas Profesionales al conjunto de actividades que el estudiante lleva a cabo en contextos profesionales de su perfil, durante un período de formación integral supervisada, que le permite la observación del desempeño de la profesión, así como la aplicación guiada de conocimientos y el desarrollo de habilidades y destrezas, en condiciones similares a las de campo laboral.

Artículo 2. El presente reglamento establece las bases y lineamientos para la prestación de Prácticas Profesionales de los estudiantes de las Licenciaturas del Área de la Salud de la Universidad Contemporánea de las Américas, el cual será de observancia obligatoria.

Artículo 3. Para efectos del presente reglamento, se entiende por Licenciaturas del área de la Salud, aquellas que cuentan con criterios disciplinares específicos de las Ciencias de la Salud y son observados por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS).

Artículo 4. Los estudiantes de las Licenciaturas del área de la Salud de la Universidad Contemporánea de las Américas, deberán iniciar sus Prácticas Profesionales una vez que comprueben la acreditación de sexto cuatrimestre o el 70% de los créditos académicos del Programa de Estudios.

Artículo 5. El número de horas requeridas para la prestación de Prácticas Profesionales de las Licenciaturas del área de la Salud, no podrá ser menor de 450 horas y deberán de cubrirse en un lapso de tiempo mínimo de seis meses y máximo de un año. No se computará el tiempo en que por enfermedad u otra causa, el estudiante no se presente a sus prácticas.





UNIVERSIDAD
CONTEMPORÁNEA
DE LAS AMÉRICAS

CAPÍTULO II

**PRÁCTICAS
PROFESIONALES INTERNAS**

UNICLA

Artículo 6. Las 450 horas de Prácticas Profesionales de las Licenciaturas del área de la Salud, se dividen en 20 horas de Prácticas Profesionales Internas y 430 horas de Prácticas Profesionales Externas.

CAPÍTULO 2. PRÁCTICAS PROFESIONALES INTERNAS

Artículo 7. Las Prácticas Profesionales Internas son el período de actividades supervisadas dentro de la Universidad, en contextos similares a los profesionales donde se realiza una integración de los conocimientos, habilidades y destrezas que ha adquirido el alumno hasta el momento, para recibir oportuna retroalimentación, previa a la realización de prácticas profesionales externas.

Artículo 8. Sobre las Prácticas Profesionales Internas:

- I. Están a cargo de la Dirección/Coordinación de cada Licenciatura del área de la Salud.
- II. Deberán cubrirse durante el séptimo cuatrimestre en mínimo 5 y máximo 7 semanas.
- III. Se realizan en los Laboratorios del plantel de la Universidad.
- IV. Desarrollan el *Programa de Prácticas Profesionales Internas*, mismo que es independiente a los programas prácticos de las asignaturas.

Artículo 9. Los requisitos que deben cumplir los aspirantes a realizar Prácticas Profesionales Internas:

- a) Tener acreditado el sexto cuatrimestre de una Licenciatura del área de la Salud.
- b) Ser alumno regular del séptimo cuatrimestre de la Licenciatura.
- c) Atender en tiempo y forma la Convocatoria para realizar Prácticas Profesionales Internas, emitida por la Dirección/Coordinación de su Licenciatura.
- d) Portar el uniforme institucional correspondiente al laboratorio donde se desarrollan las prácticas.

Artículo 10. Requisitos para liberar Prácticas Profesionales Internas:

- a) Cubrir el total del *Programa de Prácticas Profesionales Internas*.
- b) Entregar carpeta de evidencias en el formato y tiempo solicitado.
- c) Aprobar el *Programa de Prácticas Profesionales Internas*.

Artículo 11. La Dirección/Coordinación de la Licenciatura, una vez cubiertos los requisitos por parte del prestador entregará al estudiante *Carta de Liberación de Prácticas Profesionales Internas*, con valor único de 20 horas y vigencia de 1 año.



UNIVERSIDAD
CONTEMPORÁNEA
DE LAS AMÉRICAS

CAPÍTULO III

**PRÁCTICAS
PROFESIONALES EXTERNAS**

UNICLA

CAPÍTULO 3. PRÁCTICAS PROFESIONALES EXTERNAS

Artículo 12. Las Prácticas Profesionales Externas, se realizan a partir del séptimo cuatrimestre, una vez liberadas las Prácticas Profesionales Internas y se deberán efectuar en las Instituciones Prestatarias Autorizadas, que previamente hayan convenido con la Universidad Contemporánea de las Américas, la recepción de cierto número de estudiantes para ese fin.

Artículo 13. Para el desarrollo de las Prácticas Profesionales Externas, se entiende como Instituciones Prestatarias Autorizadas, los Campos Clínicos y otras dependencias de Gobierno Federal, Estatal o Municipal, Asociaciones Civiles u Organismos de Apoyo a la Comunidad y Promoción de la Salud, que lleven a cabo actividades propias del perfil de las Licenciaturas del área de la Salud en cuestión y cuenten con personal profesional del área de la salud que esté a cargo de los practicantes.

Artículo 14. Se entiende por campo clínico, al establecimiento para la atención médica de sectores público y social, que cuentan con la infraestructura y personal necesarios para servir como escenario educativo para desarrollar las actividades teórico-prácticas previstas en el plan de estudios y que se encuentran normados por la Secretaría de Salud.

Artículo 15. Las Prácticas Profesionales Externas, se desarrollarán en cumplimiento del Programa de Prácticas Profesionales de cada Licenciatura de la Universidad Contemporánea de las Américas y según el Programa de la Institución Prestataria.

Artículo 16. Requisitos que el estudiante deberá presentar al Departamento de Vinculación, Prácticas y Servicio Social de su plantel para realizar Prácticas Profesionales Externas:

- I. Solicitud de Prácticas Profesionales completamente requisitada (FORMATO PP 1/8);
- II. Plan de Trabajo de Prácticas Profesionales (FORMATO PP 2/8), avalado por la Dirección/Coordinación de la Licenciatura;
- III. Carta Compromiso del Prestante para Prácticas Profesionales (FORMATO PP 3/8), y en caso de tratarse de Campos Clínicos (FORMATO PP 3/8 cc);
- IV. Carta de liberación de Prácticas Profesionales Internas;
- V. Lo anterior deberá entregarse junto a los siguientes documentos:

- a) Copia del recibo de pago (tarjetón) de la colegiatura del mes que cursa al hacer la solicitud.
- b) Copia del comprobante de beca, si es que goza de este beneficio.
- c) Constancia de haber acreditado el sexto cuatrimestre de la Licenciatura.
- d) Dos fotografías recientes tamaño infantil a color.

Artículo 17. El inicio de la prestación de Prácticas Profesionales Externas, se le hará saber al estudiante por el Departamento de Vinculación, Prácticas y Servicio Social en el momento oportuno y se le hará entrega de:

- I. Carta de Presentación (Asignación) a Prácticas Profesionales, con fotografía del prestador, en original y copia para el acuse de Aceptación (FORMATO PP 4/8);

Artículo 18. El estudiante deberá entregar a la Institución Prestataria la Carta de Presentación a Prácticas Profesionales y solicitar a la misma el acuse con Firma de Aceptación, nombre del jefe y sello original, para ser entregada al Departamento de Vinculación, Prácticas y Servicio Social de su plantel.

Artículo 19. Es requisito indispensable que el prestador de Prácticas Profesionales, se desenvuelva de forma honorable y salvaguardando los cuatro principios bioéticos básicos (justicia, autonomía, no maleficencia y beneficencia).

Artículo 20. Durante la prestación de Prácticas Profesionales Externas, el prestador realizará el llenado de los siguientes formatos de registro, que deberán ser avalados con firma de su jefe inmediato y sello de la Institución Prestataria y entregados al Departamento de Vinculación, Prácticas y Servicio Social de su plantel:

- I. Control de asistencias para Prácticas Profesionales (FORMATO PP 5/8); e
- II. Informe Bimestral de actividades de Prácticas Profesionales (FORMATO PP 6/8), se entregan cada dos meses; y el
- III. Informe Global de Prácticas Profesionales (FORMATO PP 7/8), se entrega al concluir el Plan de Trabajo de un Programa.

Artículo 21. Al concluir satisfactoriamente la carga horaria y actividades del Programa al que haya sido asignado, el prestador deberá solicitar a la Institución Prestataria, la *Carta de Terminación de Prácticas Profesionales* que acredite el período y las horas prestadas.

Artículo 22. Sobre la Baja y Reasignación de Institución Prestataria de Prácticas Profesionales:

- I. Será motivo de Baja del Programa de Prácticas Profesionales, cuando:
 - a) No se haya entregado o recibido la Carta de Presentación (Asignación) a la Institución Prestataria y se solicite la cancelación del proceso mediante oficio que explique motivos.
 - b) La Institución Prestataria emita Carta de Baja por motivos ajenos y no imputables al prestador.
 - c) La Institución Prestataria emita Carta de Baja por motivos imputables al prestador, como inasistencias, incumplimiento de actividades, faltas de conducta u otra debidamente justificada por la dependencia receptora.
 - d) El Prestador solicite su propia Baja mediante oficio que explique el motivo y se presente con acuse de recibido por la Institución Prestataria.

- II. Se computarán horas parciales de un Plan de Trabajo, sólo cuando el prestador cumpla con:
 - a) Carta de Baja de parte de la Institución Prestataria que le deslinde de la causa.
 - b) Control de Asistencia a Prácticas Profesionales (FORMATO PP 5/8) con fechas de asistencia, horas realizadas, nombre y cargo del jefe, firma y sello de la Institución Prestataria.
 - c) Informes de actividades por el período prestado; Informe bimestral (FORMATO PP 6/8) para actividad de un día a 2 meses e Informe Global (FORMATO PP 7/8).

- III. Se Reasignará a otra Institución Prestataria, cuando:
 - a) El prestador tenga horas por prestar, ya sea por haber concluido un Plan de Trabajo que no cubriera el total de las 430 horas de Prácticas Profesionales Externas o por haber obtenido la Baja de un programa.
 - b) El prestador realice nuevamente el trámite de la solicitud, y cumpla con los requisitos del Artículo 12 de este reglamento.
 - c) La causa de la Baja de las Prácticas, no sea motivo de expulsión del estudiante según el Reglamento Interno General de la Universidad Contemporánea de las Américas.
 - d) En caso de que la Institución Prestataria sea un campo clínico y la Baja sea por motivos imputables al prestador, el estudiante ya no podrá volver a realizar



UNIVERSIDAD
CONTEMPORÁNEA
DE LAS AMÉRICAS

CAPÍTULO VI

LIBERACIÓN DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

UNICLA

Prácticas Profesionales en dicho campo y deberá prestarlo en otra área, previa valoración y autorización del Departamento Psicopedagógico.

CAPÍTULO 4. LIBERACIÓN DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Artículo 23. Para obtener la **Constancia de Liberación de Prácticas Profesionales**, el estudiante deberá:

- I. Realizar sus Prácticas Profesionales en un lapso de tiempo mínimo de seis meses y máximo de un año.
- II. Acreditar la prestación de un total de 450 horas:
 - a) 20 horas mediante *Carta de Liberación de Prácticas Profesionales Internas*, emitida por la Dirección/Coordinación de la Licenciatura en Nutrición de su plantel.
 - b) 430 horas mediante *Carta(s) de Terminación de Prácticas Profesionales* externas, emitida por la Institución Prestataria, en hoja membretada, con nombre del jefe inmediato, firma con tinta azul y sello original.

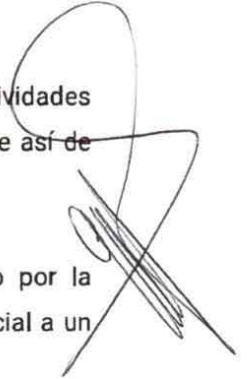
- III. Integrar su expediente en el *Departamento de Vinculación, Prácticas y Servicio Social* del plantel, que deberá contener los siguientes documentos requisitados y con firmas y sellos completos:

- 1) Carta de Liberación de Prácticas Profesionales Internas.
- 2) Solicitud de Prácticas Profesionales (FORMATO PP 1/8);
- 3) Plan de Trabajo de Prácticas Profesionales (FORMATO PP 2/8);
- 4) Carta Compromiso del Prestante para Prácticas Profesionales (FORMATO PP 3/8), y en caso de tratarse de Campos Clínicos (FORMATO PP 3/8 cc);
- 5) Copia de Carta de Presentación (FORMATO PP 4/8);
- 6) Control de Asistencias a Prácticas Profesionales (FORMATO PP 5/8 cc);
- 7) Informes Bimestrales de Prácticas Profesionales (FORMATO PP 6/8 cc); los que correspondan según la duración de sus prácticas profesionales externas;
- 8) Carta de Terminación de Prácticas Profesionales externas, otorgada por la Institución Prestataria;
- 9) Informe Global de Prácticas Profesionales (FORMATO PP 7/8 cc);
- 10) Control Interno Prácticas Profesionales (FORMATO PP 8/8).

Artículo 24. La Constancia de Liberación de Prácticas Profesionales, deberá conservarse en perfecto estado, ya que es un requisito de titulación.

Transitorios:

- I. La Dirección del Plantel o el responsable de Campos Clínicos puede cubrir las actividades asignadas al Departamento de Vinculación, Prácticas y Servicio Social, en caso de así de ser necesario.
- II. Todo asunto no contemplado en el presente reglamento, deberá ser atendido por la Dirección del Área de la Salud y, si una vez discutidos implicara la atención especial a un asunto; el Rector resolverá lo conducente y su fallo será inapelable.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop at the top and several horizontal strokes below it, crossing the text of the second item in the list.



UNIVERSIDAD
CONTEMPORÁNEA
DE LAS AMÉRICAS

**FORMATO PARA LA
PRESTACIÓN DE PRÁCTICAS
PROFESIONALES DE LAS
LICENCIATURAS DEL ÁREA DE
LA SALUD DE LA UNICLA**

UNICLA

SOLICITUD DE REGISTRO PRÁCTICAS PROFESIONALES



Datos Personales

Nombre del prestador:						
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre/s		
Fecha de Nacimiento:		Edad:		Género:	F M	
Teléfono	E-mail					
CURP	R.F.C.					
Domicilio:						
Calle		Número		Colonia		
C.P.	Localidad:	Ciudad:	Estado:			

Escolaridad

Carrera:		Matrícula	
Plantel:	Cuatrimestre:	Créditos aprobados:	

Datos del Programa

Institución Prestataria:					
Tipo de Programa	Interno	Externo	Campo Clínico SSA		
Nombre del Programa:					
Modalidad	Individual Brigada	Fecha inicio:	Fecha terminación:		
Área de acción del programa:					
<input type="checkbox"/>	Administración y Gestión	<input type="checkbox"/>	Investigación		
<input type="checkbox"/>	Comunicación e Información	<input type="checkbox"/>	Bienestar Social y Desarrollo Comunitario		
<input type="checkbox"/>	Derecho y Ciencias Jurídicas	<input type="checkbox"/>	Actividad Física y Deporte		
<input type="checkbox"/>	Técnico Profesional	<input type="checkbox"/>	Gastronomía y Servicios de Alimentos		
<input type="checkbox"/>	Desarrollo Humano	<input type="checkbox"/>	Promoción y Atención a la Salud		
<input type="checkbox"/>	Arte y Cultura	<input type="checkbox"/>	Clínico		
<input type="checkbox"/>	Educación y Capacitación	<input type="checkbox"/>	Otro: _____		

Fecha:

Día	Mes	Año

Prestador
(Nombre y firma)

Director/Coordinador
de la Licenciatura.

_____, _____ a ____ de _____ del _____

Director del Plantel _____
Universidad Contemporánea de las Américas
P r e s e n t e

At'n a: Departamento de Vinculación,
Servicio Social y Prácticas Profesionales.

Con el propósito de realizar PRÁCTICAS PROFESIONALES, el (la)
C. _____

_____ pone a su consideración el siguiente:

PLAN DE TRABAJO

Para desarrollar:

Del

--	--	--

 al

--	--	--

Día Mes Año Día Mes Año

En la Institución Prestataria:

Área: _____ Programa: _____

Desempeñando el puesto de: _____

Horario a cubrir será de _____ a _____ hrs.

Los días _____

Realizando las siguientes:

Actividades:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Agradeciendo su amable atención al presente, le reitero mis respetos.

Prestador
(Nombre y firma)

Autoriza

Director/Coordinador
de la Licenciatura.

Vo.Bo.

Departamento de Vinculación,
Servicio Social y Prácticas Profesionales.

CARTA COMPROMISO DEL PRESTADOR DE PRÁCTICAS PROFESIONALES EN CAMPO CLÍNICO

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Reglamento Interno de la Universidad Contemporánea de las Américas, el suscrito:

Prestador: _____ Matrícula: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre/s

Domicilio: _____

Tel casa: (____) _____ Cel.: _____

Licenciatura: _____ Plantel: _____ Cuatrimestre: _____

Institución Prestataria: _____

Domicilio de la Institución Prestataria _____

_____, Número telefónico: _____

Nombre del jefe inmediato: _____

Fecha de inicio:				Fecha de terminación:			
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año

Me comprometo a llevar a cabo mis Prácticas Profesionales en el lugar y períodos antes mencionados, así como, a acatar los reglamentos y lineamientos correspondientes, tanto de la Universidad Contemporánea de las Américas como de la Institución Prestataria, siempre dispuesto(a) a participar con mis conocimientos e iniciativa en las actividades que se me encomienden y procurando dar una imagen positiva de mi persona y de la Universidad con mis actitudes y desempeño cotidiano. Estoy enterado(a) y acepto que, de no hacerlo así, procederá automáticamente la cancelación respectiva de mis prácticas en esta Institución, por lo que no se computarán las horas prestadas y la Universidad se deslinda de promoverme para otro Campo Clínico.

En la ciudad de _____, _____; a los ____ días, del mes de _____ del año _____.

Atentamente

Nombre del Prestador
FIRMA DE CONFORMIDAD

CARTA COMPROMISO DEL PRESTADOR DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Reglamento Interno de la Universidad Contemporánea de las Américas, el suscrito:

Prestador: _____ Matrícula: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre/s

Domicilio: _____

Tel casa: (____) _____ Cel.: _____

Licenciatura: _____ Plantel: _____ Cuatrimestre: _____

Institución Prestataria:

Domicilio de la Institución Prestataria _____

_____ Número telefónico: _____

Nombre del jefe inmediato: _____

Fecha de inicio:

--	--	--

 Fecha de terminación:

--	--	--

Día Mes Año Día Mes Año

Me comprometo a llevar a cabo mis Prácticas Profesionales en el lugar y períodos antes mencionados, así como, a acatar los reglamentos y lineamientos correspondientes, tanto de la Universidad Contemporánea de las Américas como de la Institución Prestataria, siempre dispuesto(a) a participar con mis conocimientos e iniciativa en las actividades que se me encomienden y procurando dar una imagen positiva de mi persona y de la Universidad con mis actitudes y desempeño cotidiano. Estoy enterado(a) y acepto que, de no hacerlo así, procederá automáticamente la cancelación respectiva de mis prácticas en esta Institución, por lo que no se computarán las horas prestadas y la Universidad valorará las consecuencias de tal falta.

En la ciudad de _____, _____; a los ____ días, del mes de _____ del año _____.

Atentamente

Nombre del Prestador
FIRMA DE CONFORMIDAD

CARTA DE PRESENTACIÓN -ASIGNACIÓN-



Datos del prestador de Prácticas Profesionales:

Nombre del prestador:						
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre/s		
Fecha de Nacimiento:		Edad:		Género:	F M	
Teléfono			E-mail			
CURP			R.F.C.			
Domicilio:						
Calle		Número		Colonia		
C.P	Localidad:		Ciudad:	Estado:		
Carrera:			Cuatrimestre:			
Número de créditos cubiertos:						

Datos del programa:

Institución Prestataria:			
Nombre del Programa:			
Objetivo:		Fecha inicio:	Fecha terminación:
Área de acción del programa: <input type="checkbox"/> Administración y Gestión <input type="checkbox"/> Comunicación e Información <input type="checkbox"/> Derecho y Ciencias Jurídicas <input type="checkbox"/> Técnico Profesional <input type="checkbox"/> Desarrollo Humano <input type="checkbox"/> Arte y Cultura <input type="checkbox"/> Educación y Capacitación		Actividades a desarrollar: <input type="checkbox"/> Investigación <input type="checkbox"/> Bienestar Social y Desarrollo Comunitario <input type="checkbox"/> Actividad Física y Deporte <input type="checkbox"/> Gastronomía y Servicios de Alimentos <input type="checkbox"/> Promoción y Atención a la Salud <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Las Prácticas Profesionales las realiza dentro de las instalaciones de la Institución Prestataria:			
Si	No	En donde:	
Horario de actividades:		Días de trabajo:	

Fecha:

Día	Mes	Año

Departamento de Vinculación,
Servicio Social y Prácticas Profesionales.

ACUSE DE ACEPTACIÓN
por parte de la Institución Receptora.
Nombre del jefe inmediato, sello y firma.

Favor de emitir cartas de Aceptación.

CONTROL DE ASISTENCIAS A PRÁCTICAS PROFESIONALES

			Control número:	
Nombre del prestador:				
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre/s	
Institución Prestataria:				
Programa:				
Jefe inmediato:				

Fecha	Horas	Firma del Jefe	Fecha	Horas	Firma del Jefe

Total de horas:		Horas acumuladas:	
Nombre y firma del jefe.		Sello de la Institución Prestataria.	



**INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES
PRÁCTICAS PROFESIONALES**

_____, _____ a ____ de _____ del _____

Informe bimestral número:

Periodo del informe: al

Día Mes Año

Día Mes Año

Datos del prestador de Prácticas Profesionales:

Nombre del prestador:					
		Apellido paterno		Apellido materno	
		Nombre/s			
Fecha de Nacimiento:	Edad:		Género:	F	M
Teléfono	E-mail:				
CURP	R.F.C.				
Domicilio:					
		Calle		Número	
C.P	Localidad:	Ciudad:	Estado:	Colonia	
Carrera:	Plantel:		Cuatrimestre:		

Datos del Programa:

Institución Prestataria:					
Tipo de Programa	Interno		Externo		Campo Clínico SSA
Nombre del Programa:					

Actividades:

Las actividades realizadas fueron de: _____
 Lo cual consistió principalmente en lo siguiente:
 a). _____
 b). _____
 c). _____
 d). _____

Desarrollo:

Las actividades se desarrollaron en: _____

 El tiempo empleado en el periodo reportado fue de ____ hrs. durante ____ semanas.
 Observaciones: _____

_____ Prestador (Nombre y firma)	_____ Vo.Bo. Jefe inmediato Institución Prestataria.	_____ Autorizó Departamento de Vinculación, Servicio Social y Prácticas Profesionales.
--	---	---

INFORME GLOBAL PRÁCTICAS PROFESIONALES

_____, _____ a ____ de _____ del _____.

Periodo del informe:

--	--	--

 al

--	--	--

Día Mes Año Día Mes Año

Datos del prestador de Prácticas Profesionales:

Nombre del prestador:						
	Apellido paterno		Apellido materno		Nombre/s	
Fecha de Nacimiento:			Edad:		Género:	F M
Teléfono			E-mail			
CURP			R.F.C.			
Domicilio:						
	Calle		Número		Colonia	
C.P		Localidad:		Ciudad:		Estado:
Carrera:			Plantel:		Cuatrimestre:	

Datos del Programa:

Institución Prestataria:			
Tipo de Programa	Interno	Externo	Campo Clínico SSA
Nombre del Programa:			
Objetivos:			

Actividades:

En general se realizaron las siguientes actividades:

- a). _____
- b). _____
- c). _____
- d). _____

Las actividades se desarrollaron en: _____

La metodología empleada fue: _____

Las metas u objetivos alcanzados fueron: _____

El tiempo total de la prestación del Prácticas Profesionales fue de _____ hrs., durante _____ meses.

Conclusiones: _____

 Prestador
 (Nombre y firma)

Vo.Bo. _____
 Jefe inmediato
 Institución Prestataria.

Autorizó _____
 Departamento de Vinculación,
 Servicio Social y Prácticas Profesionales.

CONTROL INTERNO PRÁCTICAS PROFESIONALES

Datos del prestador de Prácticas Profesionales:

Nombre del prestador:							
		Apellido paterno		Apellido materno		Nombre/s	
Fecha de Nacimiento:		Edad:		Género:	F	M	
Teléfono		E-mail					
CURP		R.F.C.					
Domicilio:							
		Calle		Número		Colonia	
C.P		Localidad		Ciudad:		Estado:	
Carrera:		Plantel:		Cuatrimstre:			
Número de créditos cubiertos al inicio de la prestación:							

Concentrado de Actividades del prestador:

Institución Prestataria	Programa	Inicio	Término	Horas acreditadas

Control de expediente:

Solicitud de registro				Informes bimestrales	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Plan de trabajo					Comentarios:					
Carta compromiso				Informe global	SI	Fecha de entrega:				
Carta asignación				Observaciones:						
Carta de aceptación										
Carta de terminación										
Fecha de entrega de Constancia de liberación de Prácticas Profesionales										

Duración global del Prácticas Profesionales:

Horas:		Semanas:	
--------	--	----------	--

Departamento de Vinculación,
Servicio Social y Prácticas Profesionales.



UNIVERSIDAD
CONTEMPORÁNEA
DE LAS AMÉRICAS