

RVOE NS/016/09/2008 INCORPORADA A LA SEP.REVOE NMS01/01/2009. CALLE EMILIO CARRANZA#508
ALTOS,ZONA CENTRO DE TAMPICO.TEL.01(833) 2191011

DEPARTAMENTO DE VINCULACION PROFESIONAL

CARTA COMPROMISO DE PRACTICAS PROFESIONALES

CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY REGLAMENTARIA
DEL ART. 5º CONSTITUCIONAL RELATIVO AL EJERCICIO DE PROFESIONES EL SUSCRITO

NOMBRE: _____ No .DE CONTROL _____
DOMICILIO _____ TEL _____
CORREO ELECTRONICO _____ CEL _____
CARRERA _____ CUATRIMESTRE _____

DEPENDENCIA. _____
DOMICILIO DE LA
DEPENDENCIA: _____ RESPONSABLE
DEL PROGRAMA _____
FECHA DE INICIO: _____ FECHA DE
TERMINACION: _____

ME COMPROMETO A REALIZAR LAS PRACTICAS PROFESIONALES ACATANDO EL
REGLAMENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y LLEVARLOS A CABO
EN UN LUGAR Y PERIODOS MANIFESTADOS, ASI, COMO A PARTICIPAR CON MIS
CONOCIMIENTOS E INICIATIVA EN LAS ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑE, PROCURANDO DAR
UNA IMAGEN POSITIVA DEL INSTITUTO METROPOLITANO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE
TAMAULIPAS EN EL ORGANISMO O DEPENDENCIA OFICIAL, DE NO SER ASI, QUEDO
ENTERADO(A) DE LA CANCELACIÓN RESPECTIVA, LA CUAL PROCEDERA
AUTOMATICAMENTE.

EN LA CIUDAD DE _____ DEL DIA _____ DEL MES DE _____ DE _____

CONFORMIDAD

FIRMA DEL ALUMNO





RVOE NS/016/09/2008 INCORPORADA A LA SEP.REVOE NMS01/01/2009. CALLE EMILIO CARRANZA#508
ALTOS,ZONA CENTRO DE TAMPICO.TEL.01(833) 2191011

DEPARTAMENTO DE VINCULACION PROFESIONAL

(SOLICITUD, ENTREGARLA AL DEPARTAMENTO DE VINCULACION
PROFESIONAL PARA VER SI LA DEPENDENCIA ES LA INDICADA PARA
LAS PRACTICAS PROFESIONALES)

NOMBRE: _____ No .DE CONTROL _____
DOMICILIO _____ TEL _____
CORREO _____
TELEFONO _____ CEL _____
CARRERA _____ CUATRIMESTRE _____
DEPENDENCIA. _____ TITULAR _____ DE _____ LA
DEPENDENCIA _____ PUESTO _____
DOMICILIO DE LA DEPENDENCIA: _____
NOMBRE DEL PROGRAMA _____ MODALIDAD _____
FECHA DE INICIO: _____ FECHA DE TERMINO: _____
ACTIVIDADES QUE REALIZARA

- A)
- B)
- C)
- D)
- E)
- F)
- G)
- H)
- I)
- J)
- K)

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE VINCULACION PROFESIONAL.

ACEPTADO: SI () NO ()

MOTIVO: _____

OBSERVACIONES: _____



SOLICITUD DE INICIO A LAS PRACTICAS PROFESIONALES

Nº. DE SOLICITUD _____

TAMPICO, TAMAULIPAS A

C.
PROFR. REPRESENTANTE ANTE EL DEPARTAMENTO DE VINCULACION PROFESIONAL.
CARRERA

RESENTE

POR ESTE CONDUCTO SOLICITO A USTED TENGA A BIEN AUTORIZAR LA PRESENTE
SOLICITUD, PARA INICIAR MIS PRACTICAS PROFESIONALES.

SOLICITANTE

ALUMNO (A) _____
CUATRIMESTRE

DE LA CARRERA: _____

NOMBRE Y FIRMA

IDENTIFICACIÓN PRESTATARIO

FOTO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

CARRERA: _____ CUATRIMESTRE: _____

MATRÍCULA: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

TEL CASA: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

[PERÍODO]

FECHA DE INICIO:

FECHA DE TERMINACIÓN:

año Día mes año

Día mes

[ASIGNACIÓN]

DEPENDENCIA: _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD: TAMPICO TEL. (LADA) _____

DEPARTAMENTO _____

PROGRAMA: _____

JEFE INMEDIATO _____

HORARIO: _____

CREDITOS: PROMEDIO GENERAL: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO



DEPARTAMENTO DE VINCULACION PROFESIONAL

CARTA DE PRESENTACIÓN

FECHA: 22 DE JULIO DE 2013

REFINERÍA ING. HÉCTOR R. LARA SOSA
ING. HOMERO TORRES
JEFE DE CONTROL TÉCNICO

P R E S E N T E.-

POR MEDIO DE LA PRESENTE, ME PERMITO PRESENTAR A SUS FINAS ATENCIONES A C. **JESÚS ALEJANDRO RODRÍGUEZ CASTRO** ALUMNO DE LA CARRERA DE **LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS** DE ESTA INSTITUCIÓN (IMEST) INSTITUTO METROPOLITANO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE TAMAULIPAS, QUIEN DE CONFORMIDAD EN EL REGLAMENTO DE LAS PRACTICAS PROFESIONALES DE ESTA UNIVERSIDAD, CUMPLE CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS Y DESEA REALIZAR SUS PRACTICAS PROFESIONALES EN LA DEPENDENCIA A SU DIGNO CARGO.

ASÍ MISMO DANDO A CONOCER QUE EL NUMERO TOTAL DE HORAS POR REALIZAR SON 480 HRS.

MUCHO LE AGRADECERE LAS ATENCIONES Y FACILIDADES QUE LE OTORQUE A FIN DE QUE TENGA UN DESEMPEÑO EFICIENTE EN SU TRABAJO.

A T E N T A M E N T E

ING. MARÍA DE LA LUZ PÉREZ AGUILAR
COORDINADORA ESCOLAR



DEPARTAMENTO DE VINCULACION PROFESIONAL.

CARTA DE ACEPTACIÓN

FECHA:

COORDINADORA DE VINCULACION PROFESIONAL
P R E S E N T E.-

POR MEDIO DE LA PRESENTE LE COMUNICO QUE EL ALUMNO:

ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE

HA SIDO ACEPTADO(A) EN ESTA INSTITUCIÓN A FIN DE QUE
REALICE SUS PRACTICAS PROFESIONALES ASIGNÁNDOLE LA
FUNCIÓN DE

EN EL AREA: _____ DE
ESTA DEPENDENCIA A PARTIR DEL DIA _____ DEL MES DE
_____ DEL AÑO _____. LAS FUNCIONES QUE
REALIZARÁ, SERÁN LAS SIGUIENTES:

-
-
-
-
-
-

EN UN HORARIO COMPRENDIDO DE LAS _____ A LAS _____ HRS.

A T E N T A M E N T E



ALTA A LAS PRACTICAS PROFESIONALES [IDENTIFICACIÓN]

CARRERA:

MATRÍCULA:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

[ASIGNACIÓN]

SECTOR: (1) MUNICIPAL (2) ESTATAL (3) FEDERAL (4) PRODUCTIVO (5) ASISTENCIAL
(6)PROGRAMA UNIVERSITARIO

DEPENDENCIA:

DEPARTAMENTO:

PROGRAMA:

JEFE INMEDIATO:

DIRECCIÓN:

CIUDAD: TEL. (LADA)

[PERÍODO DE PRACTICAS PROFESIONALES]

FECHA DE INICIO:
Día mes año

FECHA DE TERMINACIÓN:
Día mes año

PROFR. REPRESENTANTE ANTE EL DEPARTAMENTO DE VINCULACION
PROFESIONAL.



**PLAN DE TRABAJO
[IDENTIFICACIÓN]**

CARRERA:

MATRÍCULA:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

[ESTRUCTURA]

(SI NECESITA MAS ESPACIO PARA DESARROLLAR CUALQUIER RUBRO ANEXAR HOJAS)

- ANTECEDENTES:
- FUNCIONES:
- OBJETIVOS:
- ÁREA DE INFLUENCIA:
- RECURSOS:
- METODOLOGÍA: TEORICA PRACTICO

NOMBRE DEL PRESTATARIO

PROFR. REPTE. DE S.S.

VOBO. DEL JEFE INMEDIATO



**INFORME MENSUAL
[IDENTIFICACIÓN]**

DEPARTAMENTO DE VINCULACION PROFESIONAL

MATRÍCULA:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

[**INFORME**] (A) (B) (C) (D) (E) (F)
6 MESES

[PERÍODO DEL INFORME]

Día mes año AL
Día mes Año

[**ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

FECHA:

NOMBRE DEL PRESTATARIO	VOBO. DEL PROFR REPTE DE S.S.	VOBO. DEL JEFE INMEDIATO

INFORME GLOBAL

LIC.

PROFR. REPRESENTANTE ANTE EL DEPARTAMENTO DE VINCULACION
PROFESIONAL DE LA CARRERA DE

P R E S E N T E:

POR ESTE CONDUCTO ME PERMITO INFORMARLE DE LAS ACTIVIDADES QUE
DESARROLLÉ DURANTE LA PRESTACIÓN DE MIS PRACTICAS
PROFESIONALES.

[IDENTIFICACIÓN]

CARRERA:

MATRÍCULA:

[RESUMEN DE ACTIVIDADES]

[POBLACIÓN ATENDIDA]

[OBSERVACIONES]

NOMBRE Y FIRMA DEL
PRESTATARIO DE PRACTICAS PROFESIONALES.