"SOLICITUD DE PRÁCTICAS"

PLANTEL: CBTis 194 CD. AYALA MOR; A _____ de _____del **2024**

DATOS PERSONALES:

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____

NOMBRE(S) _____

DOMICILIO PARTICULAR:
CALLE _____ NÚM. _____

COLONIA _____ CIUDAD: _____

ESTADO: MORELOS TELÉFONO: _____ EDAD: _____ SEXO M ( ) F ( )

1. **ESCOLARIDAD:**

ESPECIALIDAD O CARRERA: _____

SEMESTRE: SEXTO GRUPO: _____ No. DE CONTROL. _____

Modalidad educativa T.P ( ) B.T (X)

Total de horas de prácticas profesionales

Que debe cubrir **240 HORAS**

2. **DATOS DE LA EMPRESA**

Nombre y cargo del asesor de Prácticas Profesionales de la Empresa:_____
Empresa: _____

Dirección: _____ Colonia: _____

Ciudad: _____ Teléfono: _____

Área en que se desea prestar sus prácticas profesionales: _____

Periodo de inicio: _____ Término: _____

_____ _____

Firma del alumno

Autorizó
OFICINA DE PRACTICAS PROFESIONALES

Original.- Oficina de Prácticas Profesionales.

Centro De Bachillerato Tecnológico Industrial y de servicios No. 194 de CD. Ayala, Mor.

PLAN DE TRABAJO

El que suscribe: alumno (a) _____

Con No. de Control: _____ del área: _____

En la especialidad de: _____

Del: Sexto Semestre. Grupo: _____ Presenta a usted un plan de trabajo para realizar prácticas profesionales en:

_____

Con Domicilio: _____

Con Fecha De Inicio: _____ Con Fecha De Terminación: _____

Actividades

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

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR DE LAS PRÁCT. PROF.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

Original.- Oficina de Prácticas Profesionales.

REPORTE MENSUAL DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

REPORTE No._ 1

CD. AYALA MOR; A ___ de _____del 2024

Plantel: CBTis No. 94___ Ubicación: Cerrada del Agrarista No.1, Col Buena Vista. Ayala, Morelos.

Nombre del estudiante: _____ No. Control: _____

Semestre: SEXTO____ GRUPO: _____

Especialidad o carrera: _____

Empresa _____

Dirección: _____

Área donde realizara sus prácticas profesionales: _____

Periodo _____/_____/_____ a _____/_____/_____.

Día mes año Día mes año

INFORME DE ACTIVIDADES

_____

_____

_____

_____

(En caso de requerir mayor espacio, anexar las hojas necesarias)

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE EN LA EMPRESA

Original.- Oficina de Prácticas Profesionales.

REPORTE MENSUAL DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

REPORTE No._ 2

CD. AYALA MOR; A ___ de _____del 2024

Plantel: CBTis No. 94 Ubicación: Cerrada del Agrarista No.1, Col Buena Vista. Ayala, Morelos.

Nombre del estudiante: _____ No. Control: _____

Semestre: SEXTO GRUPO: _____

Especialidad o carrera: _____

Empresa _____

Dirección: _____

Área donde realizara sus prácticas profesionales: _____

Periodo _____/_____/_____ a _____/_____/_____.

Día mes año Día mes año

INFORME DE ACTIVIDADES

_____

_____

_____

_____

(En caso de requerir mayor espacio, anexar las hojas necesarias)

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE EN LA EMPRESA

Original.- Oficina de Prácticas Profesionales.

REPORTE MENSUAL DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

REPORTE No._ 3

CD. AYALA MOR; A ___ de _____del 2024

Plantel: CBTis No. 94 Ubicación: Cerrada del Agrarista No.1, Col Buena Vista. Ayala, Morelos.

Nombre del estudiante: _____ No. Control: _____

Semestre: SEXTO GRUPO: _____

Especialidad o carrera: _____

Empresa _____

Dirección: _____

Área donde realizara sus prácticas profesionales: _____

Periodo _____/_____/_____ a _____/_____/_____.

Día mes año Día mes año

INFORME DE ACTIVIDADES

_____

_____

_____

_____

(En caso de requerir mayor espacio, anexar las hojas necesarias)

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE EN LA EMPRESA

Original.- Oficina de Prácticas Profesionales.

EVALUACIÓN DEL ASESOR DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

INSTITUCIÓN: _____ÁREA: _____

NOMBRE DEL ASESOR: _____ PUESTO: _____

NOMBRE DEL ALUMNO: _____ CARRERA: _____

Lea con atención y marque con una "**X** " la opción que indique más cercanamente la forma en que el prestador desempeño sus prácticas profesionales.

1.- Desde el punto de vista cualitativo el trabajo desarrollado por el prestador de sus prácticas profesionales fue.
a) Óptimo b) bueno c) regular d) malo e) pésimo

2.- En término de cumplimiento de horario del prestador fue:
a) Muy capacitado b) puntual c) impuntual d) muy impuntual

3.- Frente a las labores asignadas, el prestador demostró realizar su trabajo en forma:
a) Muy capacitada b) capacitado c) regular d) irresponsable e) muy irresponsable

4.- En término de preparación y habilidades técnicas, en el desarrollo de su trabajo el prestador se mostró.
a) Muy adecuado b) capacitado c) regular d) inadecuado e) muy incapacitado

5.- Respecto a la disciplina en comportamiento del prestador fue:
a) Muy adecuado b) adecuado c) regular d) inadecuado e) muy inadecuado

6.- Las relaciones interpersonales del prestador con sus compañeros de trabajo fueron:
a) excelente b) buena c) regular d) mala e) pésima

Observaciones: _____

_____

_____

Nombre y Firma del Asesor de las Prácticas.

Original.- Oficina de Prácticas Profesionales.

INFORME FINAL DE ACTIVIDADES PRÁCTICAS PROFESIONALES

CIUDAD AYALA, Mor., a_____ de _____ del 2024

Nombre del prestador: _____

Especialidad: _____ Núm. De control: _____

Periodo de realización: Inicio _____/_____/_____. Término _____/_____/_____.

Día mes año Día mes año

Horario de _____ a _____ cubriendo _____ días de la semana

Nombre y cargo del asesor de prácticas profesionales:

_____

Institución o Empresa:

_____

Ubicación: _____

Datos que debe contener el informe final de actividades:

a) Introducción
b) Desarrollo de actividades
c) Resultado
d) conclusiones

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE EN LA EMPRESA

SELLO DE LA INSTITUCIÓN

Original.- Oficina de Prácticas Profesionales.