



**Convenio Universidad-Empresa  
Prácticas Profesionales con Opción a Titulación**

Cuautitlán Izcalli, Estado de México a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**DATOS DEL PRACTICANTE:**

|                           |  |                     |                 |
|---------------------------|--|---------------------|-----------------|
| Nombre:                   |  |                     |                 |
| Número de Cuenta:         |  | <i>Estudiante</i>   | <i>Egresado</i> |
| Carrera y/o Especialidad: |  |                     |                 |
| Domicilio:                |  |                     |                 |
| Teléfono:                 |  | Correo electrónico: |                 |

**REALIZARÁ SUS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN:**

|  |  |                     |      |
|--|--|---------------------|------|
| Nombre de la Empresa:  |  |                     |      |
| Domicilio Social:  |  |                     |      |
| Nombre del Responsable de Recursos Humanos:  |  |                     |      |
| Teléfono:  |  | Correo electrónico: |      |
| Fecha de inicio:   |  | Fecha de término    |      |
| El practicante recibirá una gratificación mensual (opcional) por la cantidad de \$ |  |                     | M/N. |

**CONFORME**

La empresa \_\_\_\_\_ autoriza a \_\_\_\_\_ el uso y empleo de información no confidencial referente a \_\_\_\_\_ con fines académicos y de titulación. El alumno se compromete a cumplir con sus Prácticas Profesionales de acuerdo con las políticas y normativa estipulada por la Empresa.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del practicante

\_\_\_\_\_  
Nombre Sello y Firma del Responsable de Recursos Humanos de la Empresa

\_\_\_\_\_  
Lic. Flavio Martín Lomeli Montiel  
Responsable de Prácticas Profesionales  
Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán