** **

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO**

**FACULTAD DE QUÍMICA**

**FORMATOS PARA PRÁCTICAS PROFESIONALES**

|  |
| --- |
| Revisión No. 00 Fecha de Autorización: XXXXXXX 2023 |
|  Integrantes |
| Dra. Silvia Lorena Amaya Llano**Directora**Dr. José Santos Cruz**Secretario Académico**Lic. Lourdes Morales Soto**Secretaria Administrativa**M. en C. María de Los Ángeles Escamilla Navarro**Coordinadora de Acreditación**M. en C. Alma Delia Bertadillo Jilote**Coordinadora de Químico Farmacéutico Biólogo**Dr. Jorge Noel Gracida Rodríguez**Coordinador de Ing. en Biotecnología** | Dr. Adrián Sosa Domínguez **Coordinador de Ing. Químico en Materiales**Dra. Ma. Estela Vázquez Barrios **Coordinadora de Ing. Químico en Alimentos**Dr. Josué Daniel García Espinoza **Coordinador de Ing. Químico Ambiental**M.E.C. Francisco Romero González**Coordinador de Ing. Agroquímico**Dr. Jorge Noel Gracida Rodríguez **Coordinador de Ing. Química *campus* Pedro Escobedo** |

1. FORMATOS

Ver en páginas siguiente.

**formato pp1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SOLICITUD DE CARTA DE PRESENTACIÓN DEL ESTUDIANTE AL RECEPTOR** |  |

Marca con una X según sea el caso

|  |  |
| --- | --- |
| Prácticas Profesionales: | Estancia Académica, (IBT): |

**Datos de la organización receptora**

Sector:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Educativo |  | Público |  | Privado |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha |  |
| Nombre |  |
| Dirección |  |
| Correo electrónico |  |
| Teléfono |  |
| A quien va dirigida la carta  |  |
| Cargo de la persona a quien va dirigida la carta |  |
| Periodo de realización de Prácticas Profesionales |  |
| Número de horas por realizar |  |
| Actividades a realizar |  |

**Datos del estudiante**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Expediente |  |
| Programa académico |  |
| Semestre |  |
| Número de seguro facultativo |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del coordinador/a del programa académico

**FORMATO PP2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **REPORTE PARCIAL DE PRÁCTICAS PROFESIONALES** |  |

El formato de reporte parcial de Prácticas Profesionales se deberá entregar una vez que el estudiante cumpla con al menos 240 h.

El formato deberá de llenarse por el estudiante y deberá estar firmado por la persona responsable de las Prácticas Profesionales.

Incluir evidencias autorizadas por la persona responsable de las Prácticas Profesionales.

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha |  |
| Nombre del estudiante |  |
| Número de expediente |  |
| Semestre que cursa |  |
| Nombre del receptor |  |

|  |
| --- |
| Descripción de actividades (aproximadamente 300 palabras) |
|  |

|  |
| --- |
| Evidencias fotográficas, reportes, entre otras. |

Datos del receptor:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del responsable |  |
| Cargo que ocupa en la organización  |  |
| Correo electrónico |  |
| Firma |  |

**FORMATO PP3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **RÚBRICA PARA EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES** |  |

Esta rúbrica deberá ser llenada por la organización receptora del estudiante.

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha |  |
| Nombre del estudiante |  |
| Expediente |  |
| Semestre |  |
| Nombre de la organización receptora |  |
| Número de horas realizadas |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Criterios de evaluación** | **Calificación máxima** | **Calificación** |
| **Desempeño** |  |  |
| Responsabilidad | 20 |  |
| Asistencia y puntualidad | 10 |  |
| Trabajo en equipo | 10 |  |
| **Conocimiento** |  |  |
| Conocimiento teórico, manejo de técnicas y equipo | 20 |  |
| Cumplimiento de metas y objetivo | 15 |  |
| **Actitud** |  |  |
| Disponibilidad en relación con las tareas encomendadas | 15 |  |
| Iniciativa y respeto | 10 |  |
| **Calificación** **final** | 100 |  |

|  |
| --- |
|  Describir de manera general el grado de satisfacción del desempeño del estudiante(indicar el número de horas realizadas por el estudiante) |
|   |
| ¿Está interesado en continuar recibiendo estudiantes de la Facultad de Química de la UAQ para que realicen Prácticas Profesionales en su organización? | Si | No |
| Según su respuesta (Si/No) indique el o los motivos  |

Datos de la organización receptora:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del responsable |  |
| Correo electrónico |  |
| Firma |  |

Nota: Esta información estará resguardada por el Coordinador de la Licenciatura.

**FORMATO PP4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMATO DE REPORTE FINAL DE PRÁCTICAS PROFESIONALES** |  |

El reporte final de Prácticas Profesionales se entregará cuando el estudiante haya concluido las 480 horas. Serán en formato libre. Deberá de llenarse por el estudiante en formato libre y estará firmado por la persona responsable de las Prácticas Profesionales.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del estudiante |  |
| Expediente |  |
| Nombre de organización receptora |  |

|  |
| --- |
| Agregar a este documento, en formato libre de máximo 5 cuartillas, las actividades realizadas durante las Prácticas Profesionales, considere incluir una breve descripción de la organización, descripción general de actividades, evidencias (fotográficas de ser el caso) y una conclusión final.  |

Datos de la organización receptora:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del responsable |  |
| Correo electrónico |  |
| Firma |  |