

**CONVENIO ESPECÍFICO DE PRÁCTICA CLÍNICA**

**DATOS DEL EDUCANDO**

No. DE MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ No. PÓLIZA DEL SEGURO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ No. AFILIACIÓN AL IMSS: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO PARTICULAR: \_\_\_\_\_  
 CARRERA: Terapia Física Área Rehabilitación GRUPO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
 GENERACIÓN: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA UNIVERSIDAD**

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: **Universidad Tecnológica del Suroeste de Guanajuato**  
 DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Carretera Valle-Huanímaro Km 1.2 Valle de Santiago, Gto. C.P. 38400 TELÉFONO: 4566436265 ext. 126

**DATOS DE LA SEDE DEL SECTOR SALUD**

NOMBRE DE LA SEDE: \_\_\_\_\_  
 ÁREA O DEPTO.: \_\_\_\_\_ RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ C.P. : \_\_\_\_\_  
 TEL: \_\_\_\_\_ E:MAIL: \_\_\_\_\_  
 TAMAÑO DE LA SEDE: \_\_\_\_\_ MICRO \_\_\_\_\_ MEDIANA \_\_\_\_\_ GRANDE \_\_\_\_\_

**DATOS DE DIRECTOR (ES) DE REPORTE DE PRÁCTICA CLÍNICA**

NOMBRE(ES): \_\_\_\_\_ PUESTO: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ASESOR(A) DE LA SEDE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ PUESTO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL COORDINADOR (A) / DIRECTOR (A) GENERAL: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL REPORTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

OBJETIVO: \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES QUE DESARROLLARÁ EL EDUCANDO: \_\_\_\_\_

ÁREA O DEPTO. DONDE SE DESARROLLARÁ LAS PRÁCTICAS: \_\_\_\_\_

**PERIODO DE PRÁCTICAS**

FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_ FECHA DE TERMINACIÓN: \_\_\_\_\_

**APOYO**

Alimenticio ( )      Transportación ( )      Económico ( )  
 MONTO DEL APOYO ECONÓMICO ( \$ \_\_\_\_\_ )

Las partes acuerdan acatar las cláusulas contenidas al reverso del presente para cumplimiento del programa. Leído y aceptado el presente instrumento firman de conformidad en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Representante de la Institución

Representante de la empresa

Director(a) / Encargado(a) de carrera

Director (es) de reporte de práctica clínica

Asesor(a) de práctica clínica externa

Nombre y Firma del Educando