



Universidad Tecnológica de Salamanca

CONVENIO ESPECÍFICO DE ESTADÍAS

REVIN004 - G

DATOS DEL ALUMNO

NO. DE MATRÍCULA:

NO. DE SEGURO:

NOMBRE:

(APELLIDO PATERNO, MATERNO y NOMBRE(S))

DOMICILIO PARTICULAR:

(CALLE, NÚMERO, COLONIA, CÓDIGO POSTAL)

CARRERA:

TSU EN ADMINISTRACIÓN ÁREA CAPITAL HUMANO

GRUPO:

TELÉFONO:

(PARTICULAR Y DE CASA)

DATOS DE LA UNIVERSIDAD

INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE SALAMANCA

DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

AV. UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NO. 200 COLONIA CIUDAD BAJO. C.P. 36766

TELÉFONO:

64 7 38 61

DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

RAZÓN SOCIAL:

(NOMBRE COMPLETO DE LA ORGANIZACIÓN)

RFC:

DOMICILIO:

(CALLE, NÚMERO, COLONIA)

CIUDAD:

C.P:

GIRO:

SERVICIOS

TELÉFONO:

E-MAIL:

TAMAÑO DE LA EMPRESA:

PEQUEÑA

DATOS DEL ASESOR ACADÉMICO

NOMBRE:

(APELLIDO PATERNO, MATERNO y NOMBRE(S))

PUESTO:

(PTC, PA, PA TUTOR)

DATOS DEL ASESOR ORGANIZACIONAL

NOMBRE:

(APELLIDO PATERNO, MATERNO y NOMBRE(S))

PUESTO:

DATOS DEL PROYECTO O ACTIVIDAD

NOMBRE:

OBJETIVO:

PERIODO DE ESTADÍAS

FECHA DE INICIO:

(ESTA FECHA DEBE COINCIDIR CON LA FECHA DE FIRMA)

FECHA DE TERMINACIÓN:

APOYO

TIPO DE APOYO OTORGADO:

NINGUNO

MONTO DEL APOYO ECONÓMICO MENSUAL

\$ -

LAS PARTES ACUERDAN ACATAR LAS CLAUSULAS CONTENIDAS AL REVERSO DEL PRESENTE PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA. LEIDO Y ACEPTADO EL PRESENTE INSTRUMENTO FIRMAN DE CONFORMIDAD EN LA CIUDAD DE SALAMANCA, GTO, EL DÍA 06 DE ENERO DE 2020

SELECCIONE EL NOMBRE
DIRECTOR DE CARRERA

(APELLIDO PATERNO, MATERNO y NOMBRE(S))
REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

(APELLIDO PATERNO, MATERNO y NOMBRE(S))
ASESOR ACADÉMICO

(APELLIDO PATERNO, MATERNO y NOMBRE(S))
ASESOR ORGANIZACIONAL

(APELLIDO PATERNO, MATERNO y NOMBRE(S))
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO