

ASUNTO: Constancia de Aceptación para el inicio  
del Residencias Profesionales.

(1) \_\_\_\_\_  
**DIRECTOR**  
**DE LA UNIVERSIDAD DEL GOLFO DE MÉXICO NORTE**  
**CAMPUS \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_**  
**P R E S E N T E**

Por este medio me permito hacer de su conocimiento que el c.  
(3) \_\_\_\_\_, **de la Licenciatura en**  
(4) \_\_\_\_\_, con matrícula oficial (5) \_\_\_\_\_, de la  
Universidad del Golfo de México Norte Campus \_\_\_\_\_ (6), ha sido  
aceptado para que realice sus residencias profesionales en  
\_(7) \_\_\_\_\_ dentro del departamento de  
\_(8) \_\_\_\_\_, bajo la supervisión de  
\_(9) \_\_\_\_\_, durante el periodo de 480 horas realizables  
mínimo tres meses y máximo un año con fecha de inicio\_(10)\_\_\_\_\_ y fecha de  
termino\_(11)\_\_\_\_\_, ubicada en\_(12)\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_.

Para los fines que al interesado convengan se extiende la presente constancia en la  
ciudad de\_(13)\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_(14)\_\_\_\_\_días del mes de  
\_(14)\_\_\_\_\_del año\_(14)\_\_\_\_\_.

ATENTAMENTE

(16)  
Nombre completo  
Titular de la Dependencia o Empresa

(15)

Sello de la  
dependencia

## **INSTRUCTIVO DE LLENADO DE CONSTANCIA ACEPTACIÓN PARA EL INICIO DE RESIDENCIAS PROFESIONALES**

- (1) Nombre correcto del Director del campus
- (2) Nombre del campus al que pertenece
- (3) Nombre completo y correcto del prestador de residencias profesionales
- (4) Nombre completo y correcto de la licenciatura a la que pertenece el prestador de residencias profesionales
- (5) Matrícula Oficial otorgado por la autoridad educativa, en caso que la dependencia no otorgue el número oficial, mencionar número de control que asigna el área de control escolar de su campus.
- (6) Indicar campus en el que se encuentra el prestador de residencias profesionales
- (7) Nombre de la dependencia o empresa donde se llevará a cabo la prestación de residencias profesionales
- (8) Nombre del departamento en donde se encontrará asignado y en el cual desempeñará las actividades
- (9) Nombre del jefe inmediato que le supervisará durante la prestación de residencias profesionales
- (10) Mencionar fecha en que inicia las residencias profesionales
- (11) Mencionar fecha en que se concluyen las residencias profesionales
- (12) Indicar la ciudad donde se encuentra la dependencia en que se llevará a cabo la prestación de residencias profesionales
- (13) Ciudad donde se expide la constancia de inicio de residencias profesionales
- (14) Fecha en la que es expedida dicha constancia (día, mes y año) con letra
- (15) Sello de la dependencia o empresa donde prestará las residencias profesionales
- (16) Nombre completo del titular de la dependencia donde se llevará a cabo la prestación de las residencias profesionales

**NOTA: ES INDISPENSABLE QUE LA CONSTANCIA SEA IMPRESA EN HOJA MEMBRETADA DE LA DEPENDENCIA O EMPRESA, EN CASO DE QUE NO CUENTE CON MEMBRETE O SELLO DEBERÁ ANEXAR LA COPIA DEL RFC DE LA EMPRESA O CEDULA PROFESIONAL DEL TITULAR DE LA EMPRESA.**

ASUNTO: Constancia para la liberación de Residencias Profesionales.

(1) \_\_\_\_\_  
**DIRECTOR**  
**DE LA UNIVERSIDAD DEL GOLFO DE MÉXICO NORTE**  
**CAMPUS \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_**  
**P R E S E N T E**

Por este medio me permito hacer de su conocimiento que el c.  
(3) \_\_\_\_\_, de la **Licenciatura** en  
(4) \_\_\_\_\_, con matrícula oficial \_\_\_(5)\_\_\_\_\_, de la  
Universidad del Golfo de México Norte Campus \_\_\_\_\_(6)\_\_\_\_\_,  
realizó sus residencias profesionales en \_\_\_\_\_(7)\_\_\_\_\_ dentro  
del departamento de \_\_\_\_\_(8)\_\_\_\_\_, bajo la supervisión de  
\_\_\_\_\_(9)\_\_\_\_\_, realizó 480 horas durante un periodo mínimo de  
tres meses y máximo un año con fecha de inicio\_\_\_\_\_(10)\_\_\_ y fecha de  
término\_\_\_\_\_(11)\_\_\_\_\_, ubicada en \_\_\_\_\_(12)\_\_\_\_\_.

Para los fines que al interesado convengan se extiende la presente constancia en la  
ciudad de \_\_\_\_\_(13)\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_(14)\_\_\_ días del mes de  
\_\_\_\_\_(14)\_\_\_\_\_ del año \_\_\_(14)\_\_\_.

(15)

ATENTAMENTE

(16)  
Nombre completo  
Titular de la Dependencia o Empresa

Sello de la  
dependencia

## **INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA LA CONSTANCIA DE LIBERACIÓN DE RESIDENCIAS PROFESIONALES**

- (1) Nombre correcto del Director del Campus
- (2) Nombre del Campus al que pertenece
- (3) Nombre completo y correcto del residente
- (4) Nombre completo y correcto de la licenciatura a la que pertenece el residente
- (5) Matrícula oficial o número de control
- (6) Indicar campus en el que se encuentra el residente
- (7) Nombre de la dependencia donde llevó a cabo las residencias profesionales
- (8) Nombre del departamento en donde fue asignado para desempeñar actividades
- (9) Nombre del jefe inmediato que se encargó de supervisarle durante las residencias profesionales
- (10) Mencionar fecha en que inició las residencias profesionales
- (11) Mencionar fecha en que concluyó las residencias profesionales
- (12) Indicar la ciudad y estado donde se encuentra la dependencia en que se llevó a cabo la prestación de residencias profesionales.
- (13) Ciudad donde se expide la constancia de término de residencias profesionales
- (14) Fecha en la que es expedida dicha constancia (día, mes y año) con letra
- (15) Sello de la dependencia en donde se llevaron a cabo las residencias profesionales
- (16) Nombre completo del titular de la dependencia donde se llevaron a cabo las residencias profesionales

**NOTA: ES INDISPENSABLE QUE LA CONSTANCIA SEA IMPRESA EN HOJA MEMBRETADA DE LA DEPENDENCIA O EMPRESA, EN CASO DE QUE NO CUENTE CON MEMBRETE O SELLO DEBERÁ ANEXAR LA COPIA DEL RFC DE LA EMPRESA O CEDULA PROFESIONAL DEL TITULAR DE LA EMPRESA.**