



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

San Ignacio, 03 de marzo del 2025

OFICIO Nº 208- 2025/ME/DRE-CAJ/UESTP-SI/D.G

SEÑOR
MG. OSCAR GONZALES CRUZ
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL
CIUDAD

	DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACION UGEL SAN IGNACIO TRÁMITE DOCUMENTARIO
	03 MAR. 2025 HORA:
REG. Nº 02993	FOLIOS: 21
REGIÓN: Caj.	FIRMA: S

Asunto: Solicito puesto para realizar prácticas pre-profesionales

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez manifestarle que, el Instituto de Educación Superior Tecnológico Público "San Ignacio" imparte formación Profesional Técnica en los cinco (05) Programas de Estudio de: Producción Agropecuaria, Computación e Informática, Enfermería Técnica, Administración de Empresas y Contabilidad.

La exalumna **RUIZ CORDOVA YESSENIA NOEMI**, ha cursado el III y IV semestre del Programa de Estudios de **CONTABILIDAD** que corresponde al II Módulo "**CONTABILIDAD PÚBLICA Y PRIVADA**" y por lo tanto está en condiciones de realizar prácticas pre-profesionales de su especialidad, y a fin de lograr su Titulación Profesional, debe acumular 290 horas de prácticas pre-profesionales. Asimismo, las unidades didácticas que desarrollan en el II Módulo son:

- Contabilidad de Costos
- Contabilidad de Sociedades
- Contabilidad Aplicada
- Técnica Presupuestal
- Contabilidad Gubernamental I
- Contabilidad Gubernamental II
- Aplicativos Informáticos

En tal sentido, solicito a usted se digne aceptar y autorizar a nuestra exalumna para que realice sus prácticas en la Institución que usted dirige, de lo cual mucho estimaré nos devuelva llenada la ficha adjunta

Agradeciendo su atención al presente, le reitero las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



MINISTERIO DE EDUCACION
DRE CAJAMARCA
I.E.S.T.P. "SAN IGNACIO"
Mag. Pedro Antonio Núñez Guerrero
DIRECTOR GENERAL



FICHA DE ACEPTACIÓN DE PRÁCTICAS PRE PROFESIONAL

1. DATOS DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN

Razón social de la Empresa:

Dirección:

Nombre del supervisor calificador de la Practica Pre profesional:

.....

2. DATOS PRACTICANTE

Apellidos y Nombres:

3. DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN

Periodo de las practicas

Del :

Al :

Horario:

Mañana: De: a

Tarde: De: a

Días:

Lunes a viernes: ()

Lunes a sábado: ()

Área de las Practicas:

IMPORTANTE:

Cualquier borrón o enmendadura, anulará el presente documento.

 Vº Bº RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN

NOTA

- El practicante se compromete a respetar el reglamento interno de trabajo de la institución.
- La empresa se compromete a brindar un buen trato y seguridad al Practicante durante el aprendizaje

