**INFORME MENSUAL DE PRÁCTICAS PROFESIONALES**

Culiacán, Sinaloa, a \_\_\_\_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| **Carrera y/o Acentuación:** |  |
| **Nombre del practicante:** |  |
| **No. de Cuenta del practicante:** |  |
| **Semestre:** |  |
| **Grupo:** |  |
| **Empresa o Institución:** |  |
| **Ubicación:** |  |
| **Departamento:** |  |
| **Periodo que cubre el Informe:** |  |

Número de Informe: \_\_\_\_\_\_\_ Horas Reportadas: \_\_\_\_\_\_\_ Horas Acumuladas: \_\_\_\_\_\_\_

Practicante

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

NOMBRE Y FIRMA

Responsable de la Empresa

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

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

Cargo

Coordinador de Práctica Profesional

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

NOMBRE Y FIRMA

Recibido

EN LA HOJA SIGUIENTE DESCRIBA LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE SUS PRÁCTICAS.

*Descripción general de las actividades realizadas en el marco del programa de Prácticas Profesionales.*

***Observaciones:***

Considero que mis actividades realizadas fueron*: Comentario del Practicante*