



(HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA Y/O DEPENDENCIA)

**REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES
DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL**

Atención: M.I. MARÍA VICTORIA MEJÍA HERNÁNDEZ
Coordinación de Vinculación

NOMBRE DEL ALUMNO _____

LICENCIATURA _____

NUMERO DE CONTROL _____ SEMESTRE _____

NOMBRE DEL PROGRAMA _____

DEPENDENCIA Y/O INSTITUCIÓN _____

LUGAR Y FECHA _____

PERIODO	TOTAL DE HORAS	ACTIVIDADES REALIZADAS

FIRMA DEL PRACTICANTE

NOMBRE, FIRMA Y PUESTO DEL ASESOR EXTERNO

NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR INTERNO

Nota: sello de la dependencia y/o institución, de lo contrario no se aceptará este documento