UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DEL NORTE

Programa de Prácticas Profesionales

Bitácora de Control

Nombre:

Código: Carrera:

Municipio: Estado:

Institución o empresa:

Horario: Lun / Vie: Sab / Dom:

FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA DEL PRÁCT.	TOTAL DE HORAS

FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA DEL PP	TOTAL DE HORAS

RESPONSABLE/ASESOR DEL PRÁCTICANTE:

NOMBRE

FECHAS COMPRENDIAS EN EL REPORTE

TOTAL DE HORAS

VISTO BUENO DEL RESPONSABLE/ASESOR

RECIBE LA COORDINACIÓN DE CARRERA

FIRMA	SELLO DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN	FIRMA