



# Programa de Prácticas Profesionales

## Informe final de actividades

Nombre:

Código:  Carrera:

Municipio:  Estado:

Nombre de la empresa o institución

Fecha de Inicio:  Fecha de Terminación:  Total de Horas:

OBJETIVO GENERAL Y PARTICULARES DE LA REALIZACIÓN DE SUS PRÁCTICAS PROFESIONALES:

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS:

OBJETIVOS Y METAS ALCANZADAS:

PRINCIPALES PROBLEMAS O DIFICULTADES A LOS QUE SE ENFRENTÓ:



CONOCIMIENTOS NUEVOS ADQUIRIDOS:



RECOMENDACIONES:



FECHA:



Visto Bueno del  
Responsable del Prácticante:

Prácticante Profesional

SELLO DE LA DEPENDENCIA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA