

PROGRAMA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Nombre:

Código: Carrera:

Municipio: Estado:

Nombre de la dependencia:

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:

PROGRAMA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

PRINCIPALES PROBLEMAS O DIFICULTADES A LOS QUE SE ENFRENTÓ:

[Empty box for reporting main problems or difficulties]

CONOCIMIENTOS NUEVOS ADQUIRIDOS:

[Empty box for reporting new knowledge acquired]

RECOMENDACIONES:

[Empty box for recommendations]

FECHA:

[Empty box for date]

Visto Bueno del
Responsable del Prácticante:

Prácticante

SELLO DE LA DEPENDENCIA

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA