



**REPORTE MENSUAL DE PRÁCTICAS PROFESIONALES** Reporte: No. 1

Mineral de la Reforma, Hgo., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

Plantel:

Ubicación:

Nombre del prestador:

Especialidad:

Periodo de

Día

Mes

Año

a

Día

Mes

Año

Programa:

Institución:

Ubicación:

Asesor de Prácticas Profesionales:

Cargo:

**INFORME DE ACTIVIDADES**

(en caso de requerir mayor espacio, anexar las hojas necesarias)

SELLO DE LA  
INSTITUCION

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del prestador de  
prácticas

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del asesor de  
prácticas





Mineral de la Reforma, Hgo., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

Plantel:

Ubicación:

Nombre del prestador:

Especialidad:

Periodo de

Día

Mes

Año

a

Día

Mes

Año

Programa:

Institución:

Ubicación:

Asesor de Prácticas Profesionales:

Cargo:

### INFORME DE ACTIVIDADES

(en caso de requerir mayor espacio, anexar las hojas necesarias)

SELLO DE LA  
INSTITUCION

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del prestador de  
prácticas

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del asesor de  
prácticas