



INFORME BIMESTRAL DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

INTERNO () EXTERNO ()

FECHA: ____/____/20____

Nombre del Prestador: _____

Matrícula: _____ Grupo: _____ Turno: _____ Semestre: _____

Carrera: _____

Nombre del Programa _____ clave: _____

Fecha del **Bimestre** que se Informa: del ____ de ____ de 20____ al ____ de ____ de 20____.

Nombre de la Empresa o Institución donde realiza sus Prácticas Profesionales:

Nombre del Jefe Inmediato: _____

Cargo: _____ Teléfonos: _____ / _____

Actividades Realizadas:

Comentarios del Jefe Inmediato:

Vo. Bo.

SELLO DE LA EMPRESA
O INSTITUCIÓN

Atentamente.

Nombre y Firma del Jefe Inmediato o Responsable de
la Empresa o Institución

Nombre y Firma del Prestador de
Prácticas Profesionales

Constancia de cumplimiento del Tiempo u Horas de Prácticas Profesionales realizadas en el Bimestre:

Nombre del Prestador:

Matrícula: _____ Grupo: _____ Turno: _____ Semestre: _____

Carrera:

[illegible]

Vo. Bo.

Atentamente.

Nombre y Firma del Jefe Inmediato o
Responsable de la Empresa o Institución

Nombre y Firma del Prestador de Prácticas Profesionales