AVANCE SEMESTRAL DE PRÁCTICAS TECNOLÓGICAS

DOCENTE:		**GRUPO:**	
ASIGNATURA:		**MATRICULA:**	

PRACTICA #	NOMBRE DE LA PRACTICA	FECHA A REALIZAR	FIRMA DEL DOCENTE	FIRMA DEL JEFE DE GRUPO	No. DE ALUMNOS	OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DEL DOCENTE