**REPORTE BIMESTRAL DE PRÁCTICAS PROFESIONALE**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL ALUMNO** | |
| **Nombre:** | |
| **Matrícula:** | **Semestre:** |
| **Carrera:** | **Salida terminal:** |
| **Dependencia:** | |
| **Informe correspondiente al semestre:** | |

|  |
| --- |
| **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre y Firma | PRESTADOR DE SERVICIO  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre y Firma |
| SELLO DE LA DEPENDENCIA | RESPONSABLE DE PRÁCTICAS PROFESIONALES  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DR. EDUARDO CABRERA MANRÍQUEZ |

Zacatecas, Zac. a \_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_.