Prácticas Profesionales – FAUV Xalapa

REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES

**REPORTE No…**

**Número de horas que reporta:**

**Periodo que reporta:** *(fecha de inicio-fecha de término)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Unidad Receptora donde realizará la Práctica Profesional** | |
| Nombre de la Empresa |  |
| Responsable del Programa en la Empresa |  |
| **Datos del Practicante** | |
| Nombre |  |
| Matrícula |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informe de Actividades** | | |
| Actividades Realizadas | Tiempo Empleado *(subtotales y total en horas)* | Evidencia fotográfica (obligatoria) y observaciones |
|  |  |  |

Xalapa de Enríquez, Veracruz, a \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_de\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y Firma del Practicante** | **Nombre y Firma del Jefe de la Unidad Receptora** |

*Nota: En caso de ser necesario puede anexar hojas de evidencia fotográfica (incluir datos)*