



## INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Cd. Juárez, Chih. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Número de control: \_\_\_\_\_

Semestre: \_\_\_\_\_

Especialidad o carrera: \_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Área en la que realizó sus prácticas profesionales \_\_\_\_\_

Período de realización de las prácticas profesionales (inicio y término):

Período \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
                  día           mes           año                   día           mes           año

Nombre del asesor de las prácticas profesionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del practicante

\_\_\_\_\_  
Firma del asesor

**SELLO DE LA  
EMPRESA**

\*Original para el Depto. de Vinculación,

\*\*Copia para la empresa y para el estudiante.

