**REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES DE PRACTICAS PROFESIONALES**

**Fechas**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Del: |  | de |  | de |  | Al : |  | de |  | de |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos del alumno** | | | | | |
| Nombre del alumno: |  | | | | |
| Número de control: |  | Licenciatura |  | | |
| **Datos de la empresa o institución** | | | | | |
| Nombre del jefe inmediato del SSP: | |  | | | |
| Área o departamento: | |  | | | |
| Teléfono con ext.: |  | Correo electrónico: | |  | |
| **Datos del reporte de SSP** | | | | | |
| Número de Informe: |  | Horas cubiertas en el mes: | | |  |
| Actividades realizadas: |  | | | | |

SELLO DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN RECEPTORA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del alumno

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del jefe inmediato

del SSP

IMPORTANTE: Es requisito estar debidamente llenado éste formato y presentarlo impreso en hoja membretada y con sello de la empresa o Institución donde se realizará el SSP.