



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

Evaluación Final de Prácticas Profesionales

Fecha:	Día	Mes	Año

Nombre del Practicante: \_\_\_\_\_

Total de Horas Realizadas: \_\_\_\_\_

Unidad Receptora: \_\_\_\_\_

Nombre del Supervisor: \_\_\_\_\_

Cargo en la U.R. \_\_\_\_\_

Actividades Realizadas por el practicante

--

Cómo fue el desempeño del practicante en los siguientes aspectos (Excelente, Bueno, Suficiente, Insuficiente):

Conocimientos:	
Integración:	
Proactivo:	
Comunicación:	
Comportamiento:	
Responsabilidad:	
Observaciones:	

**EVALUACIÓN**      ACREDITADO: \_\_\_\_\_      NO ACREDITADO: \_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU TIEMPO.