**PLANEACIÓN DE ACTIVIDADES DE PRÁCTICAS PROFESIONALES F-06**

**CBTIS 272, SOR JUANA INÉS DE LA CRUZ**

**Av. Heberto castillo Martínez, SM.255 M. 11 Lote 119-34,**

**Cancún Quintana Roo.**

**Nombre del alumno(a)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Apellido paterno) (Apellido materno) (Nombre(s)

**Carrera:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Grupo** \_\_\_\_\_\_\_ **Turno** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Período del plan de actividades:** del \_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_ a\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Entidad prestataria:** Nombre de la empresa donde el alumno(a) realizará su práctica profesional.

**Ubicación:** Dirección del lugar donde el alumno(a) realizará su práctica profesional.

**Prestatario:** Nombre de la persona que coordinará la práctica profesional en la empresa.

**Cargo:** Nombre del cargo de la persona que coordinará la práctica profesional en la empresa.

**Área de trabajo:** Nombre del área donde realizará su práctica profesional el alumno(a).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Actividad** | **Mes 1** | **Mes 2** | **Mes 3** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Firma del alumno Firma del prestatario de la práctica profesional

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

Nombre del alumno Nombre y cargo del prestatario