



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
DIVISIÓN DE VINCULACIÓN  
DIRECCIÓN DE SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES

PLAN DE ACTIVIDADES

**DATOS DEL PRACTICANTE**

NO. DE CUENTA: \_\_\_\_\_ LICENCIATURA: \_\_\_\_\_

INSTITUTO O ESCUELA SUPERIOR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

\_\_\_\_\_  
CALLE NÚM. COLONIA C.P.

\_\_\_\_\_  
COMUNIDAD MUNICIPIO ESTADO

NOMBRE DEL ASESOR ACADÉMICO (UAEH): \_\_\_\_\_

**DATOS DEL LUGAR DE PRESTACIÓN**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA UNIDAD RECEPTORA

\_\_\_\_\_  
DOMICILIO EN EL QUE ESTAS REALIZANDO LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES

\_\_\_\_\_  
MUNICIPIO ESTADO TELÉFONO (LADA)

ÁREA O DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASESOR EXTERNO (UR): \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PROGRAMA Y/O PROYECTO DE LA UR EN QUE PARTICIPA EL PRACTICANTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

OBJETIVO GENERAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HORARIO DE PRESTACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES:**

LUNES A VIERNES (    )                      OTRO (    ) ESPECIFICAR DÍAS \_\_\_\_\_

DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ HRS                      TOTAL DE HORAS A CUBRIR: \_\_\_\_\_

**RESUME LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROGRAMA Y/O PROYECTO**

---

---

---

---

---

_____ NOMBRE Y FIRMA PRACTICANTE	_____ NOMBRE Y FIRMA ASESOR ACADÉMICO (UAEH)	_____ NOMBRE Y FIRMA ASESOR EXTERNO (UR)
--	--	--

**INCULACION**  
**SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES**