



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

PRÁCTICAS PROFESIONALES

REPORTE MENSUAL

Número de Cuenta: _____ Fecha de entrega: _____

Licenciatura: _____ Núm. de reporte: _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Nombre(s): _____

Mes que informa: _____ al _____
 día mes año día mes año

Unidad Receptora: _____

Horas realizadas en el mes que reporta: _____

Resume de manera específica las actividades realizadas en el mes que reportas:

INCULACIÓN
SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS
PROFESIONALES

NOMBRE Y FIRMA DE PRACTICANTES

NOMBRE Y FIRMA DOCENTE EXTERNO

NOMBRE Y FIRMA ASESOR ACADÉMICO

Número de cuenta: _____

¿Las actividades que resumiste, están relacionadas a tu perfil profesional?

Si ()

No ()

Porque:



¿Tienes algún problema en la realización de tus Prácticas Profesionales?

Si ()

No ()

Cual:

INCULACIÓN
SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS
PROFESIONALES

**Nombre y firma
Practicante**