REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES

PLAZA

|  |  |
| --- | --- |
| Oficio de comisión: | Alumno: |
| Turno: | Código: |
| Programa: | Carrera: |
| Dependencia: DEPARTAMENTO DE FÍSICA |  |
| Titular: DR. GILBERTO GÓMEZ ROSAS | Receptor: |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORME** | |
| Reporte Parcial: | Fecha de elaboración: |
| No. Horas: 100 | Periodo del reporte: |
| **Actividades realizadas:**  **Las actividades que estas realizando, ¿se ajustan a las expectativas del programa?**  **De las siguientes formaciones, ¿en qué porcentaje tus prácticas profesionales están aportando?**  Nuevos conocimientos: experiencia formativa personal: adquisición de actividades:  **¿Cuáles consideras que son las principales aportaciones que estas brindando en el área donde prácticas?**  **¿Consideras que estas cumpliendo satisfactoriamente las actividades que se te asignaron?** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **LLENADO POR LA DEPENDENCIA RECEPTORA** | |
| Beneficios obtenidos en la institución con la participación del prestador de prácticas profesionales:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| ¿Lleva un control de asistencia? | |
| Si, ¿Cuál? | No, ¿por qué? |

Sello de la dependencia receptora

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

NOMBRE Y FIRMA DEL RECEPTOR NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO