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