



# CENTRO UNIVERSITARIO INTERAMERICANO

FORMATO:

REPORTE MENSUAL  
PRÁCTICAS PROFESIONALES

FECHA:

PÁGINA:

1/1

ESCUDO DE LA DEPENDENCIA/EMPRESA

No. Reporte mensual:

Fecha: / /

Reporte de Prácticas Profesionales con la participación en el Programa/Proyecto de: \_\_\_\_\_

Nombre del prestante: \_\_\_\_\_

Objetivo general del Programa/Proyecto: \_\_\_\_\_

Actividades realizadas:

---

---

---

Nombre y firma

Responsable de la Dependencia/Empresa

Nombre y firma

Director de la escuela o facultad

Nombre y firma

Prestador