



## INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Cd. Juárez, Chih. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Número de control: \_\_\_\_\_

Semestre:\_\_\_\_\_

Especialidad o carrera: \_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Área en la que realizó sus prácticas profesionales\_\_\_\_\_

Período de realización de las prácticas profesionales (inicio y término):

Nombre del asesor de las prácticas profesionales: \_\_\_\_\_

### **Firma del practicante**

**Firma del asesor**

## SELLO DE LA EMPRESA

\*Original para el Depto. de Vinculación,  
\*\*Copia para la empresa y para el estudiante.



2026  
año de  
Margarita  
Maza

Calle Soneto 156 S/N, esquina con Av. Lote Bravo, Colonia Carlos Castillo Peraza, C.P. 32525, Ciudad Juárez, Chih. Tels. 656 887-4342 y 656 887-4341 correo electrónico: cbtis270@cbtis270.edu.mx