



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):

Período _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____
 día mes año día mes año

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**