



PROGRAMA DE ACTIVIDADES

NOMBRE DEL PROGRAMA _____

TIPO DE PROGRAMA _____

TIPO DE CONVENIO:

- a) Colectivo
- b) Individual

OBJETIVOS

ACTIVIDADES

BECA O APOYO ECONÓMICO: () SI () NO MONTO \$ _____

Nombre y firma
Responsable de Prácticas Profesionales

Vo. Bo. Jefe del Depto. De Vinculación
MMED. Alva Araceli Sánchez Hernández

