|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | **No de Reporte :\_\_\_\_\_\_\_** |
| **I.-Datos del Alumno** | | | |
| Nombre del Alumno: |  | | |
| Numero de Control: | |  | |
| Semestre y Carrera: | |  | |
| **II.- Datos del Proyecto** | | | |
| Nombre de la Institución/Empresa receptora: | | | |
|  | | | |
| Nombre del Proyecto: |  | | |
| **III.- Informe de Actividades** | | | |
| Mes: | | | |
| Horas Reportadas: | | | |
|  | | | |
| Actividades Realizadas: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Resultados (Productos): | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| ***La Paz, Baja California Sur, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*** | | | |

**Nombre, firma y sello del Jefe Inmediato del Prestador de Prácticas.**

**Nombre y Firma del Prestador**

**De Prácticas.**

**Vo. Bo. Asesor de Prácticas Profesionales**