**CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE GUAMÚCHIL, A.C.**

CLAVE: 25PSU0014Y

**Informe Periódico de Prácticas Profesionales**

**Datos del prestador de la práctica profesional**

|  |
| --- |
| **Nombre**: |
| **Matrícula**: |
| **Nivel**: Licenciatura en (A la que corresponde el prestador de la práctica profesional) |
| **Correo electrónico**: |

**Datos de la institución o dependencia receptora**

|  |
| --- |
| **Nombre**: |
| **Domicilio**: |
| **Teléfono**: |
| **Nombre y cargo del responsable**: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Día** | **Mes** | **Año** | **Al** | **Día** | **Mes** | **Año** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Periodo que cubre el informe**

**Actividades realizadas**

|  |
| --- |
| (Describe ampliamente las actividades correspondientes al periodo) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Sustituya por el Nombre, firma y cargo del Responsable de la Dependencia Receptora |  | **Lic. Cecilia Aguilar Espinoza**  Coordinadora de Servicio Social y Práctica Profesional |