**REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUALES**

Formato SSRAM-01

Formato SSRAM-01

Formato SSRAM-01

Formato SSRAM-01

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos del alumno** | **Reporte N°: 01** |
| Nombre: | del : |
| Licenciatura: | al: |
| Sede: | Horas cubiertas: **80 horas** |
| Matricula: |
| **Dependencia donde se realizan las prácticas profesionales** | |
| Nombre: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Actividades realizadas | Relación con asignaturas | Duración | Observaciones realizadas a la actividad que se efectuó |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AGREGAR NOMBRE** |  | **AGREGAR NOMBRE** |
| Nombre y firma del Jefe inmediato. | Sello de la institución receptora | Nombre y firma del Prestador de las prácticas profesionales |

|  |
| --- |
|  |
| Mtro. Carlos Ambrocio Aguilar Hernández.  Director |