



INFORME FINAL DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Aguascalientes Ags., A _____ De _____ 20_____

Nombre del Practicante: _____

Número de Control: _____ Especialidad: _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Término: _____

DE LA EMPRESA O INSTITUCION DONDE REALIZASTE TUS PRACTICAS PROFESIONALES

Empresa: _____

Dirección: _____

Nombre del Asesor de Prácticas Prof.: _____

Puesto que Desempeña: _____

Área en la que Realizó sus Prácticas Profesionales: _____

BREVE RESEÑA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

COMENTARIOS Y APORTACIONES DEL ASESOR

NOMBRE Y FIRMA DEL PRACTICANTE

SELLO

NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR