**SEGUNDO INFORME MENSUAL DE PRÁCTICAS PROFESIONALES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tijuana, Baja Cfa. a |  | de |  | del 20 | 20 |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del estudiante: |  |

Apellido Paterno Materno Nombre completo

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Especialidad: |  | Grupo: | 6 | No. de Control |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Período de: | 09 de marzo del 2020 | a | 12 de Junio del 2020 |

|  |  |
| --- | --- |
| Empresa: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Área donde realiza sus Prácticas Profesionales: |  |

ACTIVIDADES REALIZADAS

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

(En caso de requerir mayor espacio, anexar las hojas necesarias)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Interesado Nombre y Firma del responsable de Prácticas

Profesionales y sello de la empresa