PROGRAMA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Nombre:

Código: Carrera:

Municipio: Estado:

Dependencia:

Horario: Lun / Vie: Sab / Dom:

FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA DEL PRACTICANTE	TOTAL DE HORAS

Este documento es propiedad de Centro Universitario del Norte y es controlado por el sistema de gestión, prohibida su reproducción total o parcial sin pre autorización de la empresa. Esta versión es vigente si se consulta en el centro de documentos “Intranet CUNorte”. Cualquier copia del documento se conside como No Controlada para fines de consulta.

PROGRAMA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA DEL PRÁCTICANTE	TOTAL DE HORAS

RESPONSABLE DEL PRÁCTICANTE:

NOMBRE

FECHAS COMPRENDIAS EN EL REPORTE

TOTAL DE HORAS

VISTO BUENO DEL RESPONSABLE DEL PRÁCTICANTE		RECIBE PRESIDENTE DEL COMITÉ DE PRÁCTICAS PROFESIONALES
FIRMA	SELLO DE LA DEPENDENCIA	FIRMA

Este documento es propiedad de Centro Universitario del Norte y es controlado por el sistema de gestión, prohibida su reproducción total o parcial sin pre autorización de la empresa. Esta versión es vigente si se consulta en el centro de documentos “Intranet CUNorte”. Cualquier copia del documento se conside como No Controlada para fines de consulta.