



**UNIVERSIDAD KINO, A.C.**  
**DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESTUDIANTILES**  
**REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES DE PRÁCTICAS PROFESIONALES**

NOMBRE DEL ALUMNO (A)	DEPARTAMENTO AL QUE ESTÁ ASIGNADO
LICENCIATURA QUE CURSA	DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE LA EMPRESA
NOMBRE DE LA EMPRESA	FECHA DEL REPORTE

NO.	REGISTRAR CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE:
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

	COMENTARIOS

HORAS AL MES	NOMBRE Y FIRMA DEL PRACTICANTE	NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL JEFE INMEDIATO	NOMBRE Y FIRMA, DEL RESPONSABLE DE PRÁCTICAS PROFESIONALES Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN
-----------------	-----------------------------------	---	--