**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

**PRÁCTICAS PROFESIONALES**

**XXXXXX 202X – XXXXXXX 202X**

|  |  |
| --- | --- |
| **REPORTE N°** | **3** |
| **MESES:** | **XXX-XXX** |
| **REGISTRO P.P.:** | **XXX** |

NOMBRE DEL PRESTADOR DE LAS P.P: **XXXXXXX XXXXX XXXXX**

TSU / CURSO: **XXXXXXXXXXXXXXXXX** SISTEMA: **XXXXXXXX** No. MATRÍCULA: **XXXXXXXXXXX**

NOMBRE DEPENDENCIA**: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACTIVIDADES REALIZADAS** | **DURACIÓN**  **POR ACTIVIDAD** | **OBSERVACIONES** |
|  | **LUN XX AL VIE XX**  **DE XXXXXXXX DEL 2024** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

H. Veracruz; Ver. a XX de XXXXXX del 20XX.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *XXXXXXX XXXXX XXXXX*  *PRESTADOR DE P.P.* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *LIC. / ING. XXXXXX XXXXXXX XXXXXXX*  *PUESTO QUE OCUPA*  *NOMBRE DE LA EMPRESA*  *SELLO* |
| Vo. Bo.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX*  *DEPTO. DE PRÁCTICAS PROFESIONALES* | |