**DEPARTAMENTO:**

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DEL CAMPUS HERMOSILLO

**REPORTE FINAL DE ACTIVIDADES**

**Periodo:**  Del \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / 20\_\_\_ al \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / 20\_\_\_

Cantidad de \_\_\_\_\_\_ Horas de un total de \_\_\_\_\_ Avance: \_\_\_\_\_\_%

**Nombre del practicante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Expediente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Programa Educativo (Licenciatura):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del Proyecto:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Datos de la Unidad Receptora** (Razón Social): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Responsable de la Unidad Receptora (Nombre/Puesto):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contacto**: Teléfono/UR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ext.\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES**

|  |
| --- |
|  |

**RETROALIMENTACIÓN DEL TUTOR**

|  |
| --- |
|  |

En caso de requerirse, anexar reportes, formatos, diagramas que apoyen las actividades realizadas.

|  |
| --- |
| **Observaciones Generales:** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre y firma del alumno** | **Nombre y firma del tutor de Prácticas Profesionales Unison.** | **Nombre y firma del responsable de la unidad receptora**  **Sello de la UR** |