



UNIVERSITARE AMERICANE MEXIQUE A.C.
 JEFATURA DE SERVICIO SOCIAL, PRÁCTICAS PROFESIONALES Y TITULACIÓN

REPORTE DE ACTIVIDADES LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES

FECHA COMPRENDIDA	NÚM. REPORTE

DATOS DEL PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL			
NOMBRE:	_____	_____	_____
	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
MATRICULA:	_____	CUATRIMESTRE:	_____
CARRERA:	_____		

DATOS DE LA INSTITUCION DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	
NOMBRE:	_____
DIRECCIÓN:	_____
JEFE INMEDIATO:	_____ TEL: _____
PROGRAMA Ó ÁREA ADSCRITA:	_____

ACTIVIDADES REALIZADAS		(Solo mencione actividades del mes)
NO.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN

NOTA: AÑADIR UNA "ESPECIFICACIÓN DE ACTIVIDADES" EN DONDE SE DETALLEN AMPLIAMENTE (Mínimo 1 cuartilla), LAS ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON EN EL MES.

EVIDENCIAS DE TRABAJO
(FOTOGRAFIAS)

APRENDIZAJE ADQUIRIDO

NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR
DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL JEFE INMEDIATO