



FORMATO CONCLUSIÓN DE PRÁCTICAS

No. EXPEDIENTE

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE: _____

APELLIDO P. _____

APELLIDO M. _____ NOMBRE(S) _____

CARRERA: _____

LÍNEA DE FORMACIÓN: _____

SEMESTRE: _____

TURNO: Matutino ___ Vespertino ___

NO. DE AFILIACIÓN DE SALUD: _____

DOMICILIO

CALLE Y NÚMERO: _____

COL.: _____

MUNICIPIO: _____

ESTADO: _____

TEL.: _____ TEL. PART.: _____

EMAIL: _____

RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL ALUMNO:

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE
DEL LUGAR
(SELLO)