



INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DE PRACTICAS PROFESIONALES

CIVAC, Jiutepec, Morelos, a ____ de JUNIO de 2023

Plantel: Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios No. 12

Ubicación: Av. de los 50 metros s/n, CIVAC, Jiutepec, Morelos CP 62578

Nombre del Estudiante: _____

No. De Control: _____

Semestre y grupo: _____

Turno: _____

Carrera: _____

Empresa: _____

Dirección: _____

Área donde realizo su Práctica Profesional: _____

Período

Del 15 de marzo al 15 de junio de 2023.

Introducción: Las prácticas profesionales son la estancia temporal de los alumnos en las empresas o instituciones del sector productivo de bienes y servicios, donde realizaran actividades acordes a su perfil profesional, permitiéndoles conocer los procesos de producción directamente en el entorno laboral y, al mismo tiempo, les brindara la oportunidad de adquirir conocimientos durante su preparación profesional. Duración de las prácticas profesionales: 240 horas, en un mínimo de 3 meses.

Objetivo de las prácticas profesional: Adquirir experiencia y vivencias que favorezcan la capacidad de observación, análisis, formación académica, laboral, sentido de la responsabilidad, mando, etc., para un mejor desenvolvimiento profesional.

Actividades desarrolladas: a continuación, se mencionan las actividades desarrolladas en esta institución durante mi práctica profesional.

1. _____
2. _____
3. _____

Metas Alcanzadas: Las metas que pude alcanzar fueron satisfactorias, pude aplicar muchos de mis conocimientos y habilidades al momento de estar en el campo laboral que con y sin ayuda de mis docentes logré captar algunas habilidades y conocimientos nuevos. Algunas de mis metas alcanzadas fueron:

1. | _____
2. | _____
3. | _____

Conclusión:

Evaluación y desempeño del alumno:

EXCELENTE	MUY BIEN	BUENO	ACEPTABLE	DEFICIENTE

Observaciones del asesor:

Nombre y Firma
ALUMNO

Nombre y Firma
ASESOR DE PRACTICA PROFESIONAL

Sello de la Empresa



PRACTICAS PROFESIONALES
HOJA DE EVALUACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

NOMBRE DEL ALUMNO(A): _____

No. DE CONTROL: _____ CARRERA: _____

FECHA DE INICIO: _____ FECHA DE TERMINO: _____

INDICACIONES: POR FAVOR, CALIFIQUE CON UNA LETRA DE ACUERDO AL DESEMPEÑO DEL PRESTADOR DE PRACTICAS PROFESIONALES.

MB – MUY BIEN (10) B – BIEN (8) R – REGULAR (6) M – MALO (5)

CONOCIMIENTOS		APROVECHAMIENTO		DISPONIBILIDAD	
HABILIDADES		PUNTUALIDAD			

COMENTARIOS ADICIONALES: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR DE
PRÁCTICAS PROFESIONALES

SELLO DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN