|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (s) |
|  |  |  |
| Código | Licenciatura  | Sede  |
|  | Administración |  |
| Periodo del informe:  | (Fecha de inicio y de fin de las 180 horas) |

|  |  |
| --- | --- |
| Entidad receptora |  |
| Nombre del responsable o supervisor |  |
| Teléfono |  | Correo electrónico |  |

**Registro de Horas de Prácticas Profesionales**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DIA/ MES/ AÑO** | **ENTRADA** | **SALIDA** | FIRMA Y SELLO DEL RECEPTOR |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**TOTAL DE HORAS ACUMULADAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

En San Juan de los Lagos, Jal., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

Sello de la Entidad

Nombre completo y firma del Nombre completo y firma del

practicante receptor o supervisor

**Nota: Este formato debe llenarse en computadora al cumplir el 50% de las horas asignadas y entregarse en los siguientes cinco días hábiles en la Coordinación de Carrera de Administración, San Juan.**