UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
Centro Universitario de los Lagos
Secretaría Académica
Coordinación de Vinculación
Coordinación Licenciatura En Administración

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
Código	Carrera/modalidad	Sede
Periodo del informe:		

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 Lagos de Moreno, Jal., a _____ de _____ del _____.

Nombre completo y firma del practicante

Sello de la Entidad

Nombre completo y firma del receptor o supervisor

Nota: Este formato debe llenarse en computadora al cumplir el 100% de las horas asignadas y entregarse en los siguientes cinco días hábiles en la Coordinación de Carrera de Licenciatura en Administración, Lagos.