

PROGRAMA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

FECHA _____

INSTITUCIÓN/EMPRESA: _____

NOMBRE DEL PROGRAMA: _____

TIPO DE PROGRAMA: _____

TIPO DE CONVENIO:

COLECTIVO

INDIVIDUAL

OBJETIVO : _____

ACTIVIDADES REALIZADAS : _____

BECA: _____ MONTO: _____

INSTITUCIÓN/EMPRESA

SELLO

SUSANA ADRIANA CASTRO BECERRA
RESPONSABLE DE PRÁCTICAS
PROFESIONALES CETIS No.33