***PLAN DE TRABAJO***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | | | | | | |
| No. de cuenta: |  | | | Licenciatura: | |  | |
| Lugar donde realiza la práctica profesional: | | |  | | | | |
| Nombre del programa: | | |  | | | | |
| Fecha de inicio: | |  | | | Fecha de término: | |  |

**DATOS DEL PROGRAMA O PROYECTO**

## RESUMEN:

## JUSTIFICACIÓN:

## OBJETIVOS Y META:

## RESULTADOS:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PRESTADOR | | | | | | |
| **ACTIVIDAD** | **1er mes** | **2° mes** | **3er mes** | **4° mes** | **5° mes** | **6° mes** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Nombre, firma y sello

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jefe inmediato de la dependencia receptora

Nombre y firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prestador de prácticas profesionales