

**REPORTE BIMESTRAL**

No. \_\_\_\_\_

**MTRO. MIGUEL ANGEL DÍAZ RAMOS**  
**DIRECTOR ADMINISTRATIVO**  
**SERVICIO SOCIAL, PRÁCTICAS PROFESIONALES**  
**Y TITULACIÓN**  
**UNIVERSIDAD DE ORIENTE-CANCÚN**  
**P R E S E N T E**

NOMBRE DEL PRESTADOR: \_\_\_\_\_

LICENCIATURA: \_\_\_\_\_

PERIODO DEL REPORTE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

ASESOR DE PRACTICAS PROFESIONALES: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

**REPORTE**

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

CANCÚN QUINTANA ROO, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

EL PRESTADOR DE LAS  
PRACTICAS PROFESIONALES

EL ASESOR DE LAS  
PRACTICAS PROFESIONALES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SELLO**

c.c.p. INTERESADO

**REPORTE FINAL**

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_

Licenciatura: \_\_\_\_\_

Semestre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del asesor de Prácticas Profesionales: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

**Nota: Este cuestionario deberá ser contestado por el Asesor del Prácticas Profesionales**

¿Cómo fue el desempeño del prestador de Prácticas Profesionales de acuerdo a sus conocimientos académicos?

Excelente     Bueno     Regular     Malo

Tuvo buen comportamiento dentro de la Dependencia.

Sí     No

Su asistencia de acuerdo al horario autorizado fue.

Excelente     Bueno     Regular     Malo

Fue participativo

Sí     No

En general ¿cómo considera el desempeño del alumno?

Excelente     Bueno     Regular     Malo

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alumno

Funcionario  
Nombre, Firma y Sello