CONTROL DE HORAS DE PRÁCTICAS

Empresa: _____

Nombre de Jefe Inmediato: _____

Practicante: _____

Fecha	No. Horas	Actividad Realizada	Firma Jefe Inmediato
Total Horas de Práctica :			

Asesor de Prácticas: _____ **Fecha:** _____
Teléfono_____ **E-mail** _____