



Jojutla, Morelos a _____ de _____ del _____

DATOS DEL ALUMNO:

Nombre del Alumno: _____
Número de Matrícula: _____ Semestre: _____
Periodo de Prácticas del: _____ al: _____
Horas Realizadas: _____

DATOS DE LA EMPRESA:

Nombre de la Empresa: _____
Domicilio: _____
Calle _____ Número _____
Colonia o Fraccionamiento _____ Ciudad _____
Municipio _____ Estado _____
Teléfono: _____ Correo: _____

RESPONSABLE DEL ALUMNO EN LA EMPRESA:

Nombre: _____
Puesto: _____
Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
Sector al que pertenece la empresa:
Servicios _____ Comercial _____
Industrial _____ Otro: _____ Especifique: _____
Productos y/o Servicios que presta la empresa _____
Área o Departamento en la que realizo las Prácticas: _____

POR FAVOR CALIFIQUE DE LA MANERA MÁS EXACTA AL PRACTICANTE:

Favor de colocar una " X " en el dato que considere es el apropiado

Característica	Deficiente	Regular	Buena	Excelente
Puntualidad				
Responsabilidad				
Conocimientos Teóricos				
Experiencia del Alumno				
Habilidad o Destreza				
Calidad en el Trabajo				
Comunicación				
Trabajo en Equipo				
Liderazgo				

COMENTARIOS SOBRE EL PRACTICANTE

Firma del Responsable de las Prácticas de conformidad con el llenado: _____

Firma del Alumno: _____

Fecha de Entrega: _____



DATOS PARA SER LLENADOS POR EL ALUMNO:

Señala las actividades que realizaste durante el periodo de prácticas

Elaboración de Documentos Jurídicos	Trámites ante TSJ
Trámites Administrativos	Trámites ante la Fiscalía
Atención al Cliente	Redacción de Demandas
Análisis de Información	Asistencia y/o ejecución de Embargos
Organización de Información	Desahogo de Pruebas
Asistencia a Audiencias	
Seguimiento a Expedientes y Carpetas de Investigación	Otros _____ Especifique

Señala las materias en las que aplicaste tus conocimientos teórico - prácticos

Derecho Penal	Derecho Familiar
Derecho Civil	Derechos Humanos
Derecho Laboral	Derecho Administrativo
Derecho Mercantil	Derecho Corporativo
Derecho Fiscal	Derecho de Amparo
Otro: _____	Especifique: _____

Recibió Cursos para realizar sus actividades SI NO

Nombre del Curso: _____

Recibe Capacitación para realizar sus actividades SI NO

FIRMA DEL ENCARGADO DE LAS PRÁCTICAS

SELLO DE LA EMPRESA