INFORME PARCIAL DE PRÁCTICAS PROFESIONALES DE LA FACULTAD DE ARTES, UAQ.				
INFORME NÚMERO:		**PERIODO COMPRENDIDO:**		
Nombre del practicante:				
Expediente:		**Semestre y grupo:**		
Licenciatura:			**Área o departamento:**	
Empresa donde realiza su residencia profesional:				
Nombre del Responsable Directo del Programa:				
ACTIVIDADES REALIZADAS				
PP Coordinación de Prácticas Profesionales Facultad de Bellas Artes	**Firma del Practicante**		**Firma y sello de la Empresa y/o Institución**	