

N. de Oficio

REPORTE BIMESTRAL DE PRACTICAS PROFESIONALES

Nombre del Prestador

Castro

Muñoz

Sofia

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Carrera: Nutrición

Período del:

05/04/22

al

03/06/22

Día / mes / año

día / mes / año

Total de Horas en el período:

240 hrs

Empresa:

Universidad Cuauhtémoc

Representante:

Cargo:

Encargada del consultorio de Nutrición

INFORME DE ACTIVIDADES BIMESTRAL

- Consultas personalizadas a personas internas y externas de la universidad
- Realización de programas de nutrición (propagación en salones, redes sociales de la institución)
- Antropometría
- Educación nutricional
- Creación de formatos (software) para un manejo eficiente de información

• Planes nutricionales

A: _____ de _____ del 20 _____
día mes año

El prestador de Prácticas Profesionales

Responsable del Programa

Nombre y firma

Sofia Castro M.

Nombre, firma y sello

Coordinación del Prácticas Profesionales Universidad Cuauhtémoc

Lic. Mayra Cecilia Ornelas Nemecio