

REPORTE BIMESTRAL DE PRACTICAS PROFESIONALES

Nombre del Prestador Castro Muñoz Sofia
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Carrera: Nutrición

Período del: 03 / 02 / 22 al 04 / 04 / 22
Día / mes / año día / mes / año

Total de Horas en el período: 180 hrs

Empresa: Universidad cuauhtémoc

Representante: _____

Cargo: consultorio de nutrición

INFORME DE ACTIVIDADES BIMESTRAL

[Empty box for reporting activities]

- 1. revisión de inventario
- 2. consultas nutricionales
- 3. Antropometría
- 4. Promoción del programa UC e intervenciones
- 5. Material educativo / didáctico
- 6. charla en el colegio Nueva España
- 7. Participación en el programa de medicina

A: 4 de 04 del 20 22
día mes año

El prestador de Prácticas Profesionales
Castro Muñoz Sofia 
Nombre y firma

Responsable del Programa
 
Nombre, firma y sello

Coordinación del Prácticas Profesionales Universidad Cuauhtémoc
UNIVERSIDAD CUAUHTÉMOC
COORDINACIÓN DE NUTRICIÓN

Lic. Mayra Cecilia Ornelas Nemecio