



**COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE SONORA**  
**DIRECCIÓN ACADÉMICA**  
**Departamento de Operación Académica**

**ASIGNACIÓN DEL PROYECTO DE PRÁCTICAS PREPROFESIONALES**

Empresa o Dependencia		
Dirección		
Calle	Número	Colonia
Ciudad	Teléfono	

Departamento o Área		
Responsable del Departamento o Área		
Nombre del Proyecto		
Capacitación		
Nombre de los alumnos	Núm. de expediente	Grupo y turno

\_\_\_\_\_  
Director del Plantel

C.c.p. Empresa o Dependencia.  
C.c.p. Equipo.

**1**

\_\_\_\_\_  
Responsable del Departamento o Área

*FORMATO 1*

El Colegio de Bachilleres del Estado de Sonora, considerando las Prácticas Preprofesionales dentro del proceso formador del estudiante como el educar para el trabajo y formar estudiantes capaces de “ser en el hacer”, es decir, de manifestar sus capacidades, aptitudes y habilidades en un área específica de trabajo, a través de la oportunidad de sensibilizarse en el mundo de las microempresas, autoriza al equipo, cuyos nombres se asientan en el presente documento, para la prestación de las Prácticas Preprofesionales y exime a la Empresa o Dependencia de toda responsabilidad laboral y de las prestaciones propias de los trabajadores.

\_\_\_\_\_ Sonora. A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_



**COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE SONORA**  
**DIRECCIÓN ACADÉMICA**  
**Departamento de Operación Académica**

**REPORTE MENSUAL DE LAS PRÁCTICAS PREPROFESIONALES**

Proyecto		
Capacitación		
Mes	Horas del período	Horas acumuladas
ACTIVIDADES REALIZADAS		
OBSERVACIONES		

Plantel	Empresa o Dependencia
Firma alumno responsable	Firma del responsable del Departamento o Área
Lugar	Fecha



**COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE SONORA**  
**DIRECCIÓN ACADÉMICA**  
**Departamento de Operación Académica**

**REPORTE MENSUAL DE LAS PRÁCTICAS PREPROFESIONALES**

Proyecto		
Capacitación		
Mes	Horas del período	Horas acumuladas
ACTIVIDADES REALIZADAS		
OBSERVACIONES		

Plantel	Empresa o Dependencia
Firma alumno responsable	Firma del responsable del Departamento o Área
Lugar	Fecha



**COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE SONORA**  
**DIRECCIÓN ACADÉMICA**  
**Departamento de Operación Académica**

**REPORTE MENSUAL DE LAS PRÁCTICAS PREPROFESIONALES**

Proyecto		
Capacitación		
Mes	Horas del período	Horas acumuladas
ACTIVIDADES REALIZADAS		
OBSERVACIONES		

Plantel	Empresa o Dependencia
Firma alumno responsable	Firma del responsable del Departamento o Área
Lugar	Fecha



**COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE SONORA**  
**DIRECCIÓN ACADÉMICA**  
**Departamento de Operación Académica**

**REPORTE MENSUAL DE LAS PRÁCTICAS PREPROFESIONALES**

Proyecto		
Capacitación		
Mes	Horas del período	Horas acumuladas
ACTIVIDADES REALIZADAS		
OBSERVACIONES		

Plantel	Empresa o Dependencia
Firma alumno responsable	Firma del responsable del Departamento o Área
Lugar	Fecha