

INSTITUTO TECNOLÓGICO EMPRESARIAL

“Por el progreso de todos”

Calle Chipilapa No. 11, La Antigua Guatemala

Telefax: 7832-6854

FICHA ACUMULATIVA DE DATOS PRE-PRÁCTICA SUPERVISADA CICLO 2019

1. IDENTIFICACIÓN

1.1 DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante:

Dirección particular:

Teléfono particular:

1.2 DEL ESTABLECIMIENTO

Institución educativa:

Dirección:

Teléfono:

Director Técnico:

Supervisor de práctica:

1.3 DEL LUGAR DONDE REALIZA PRÁCTICA

Nombre de la empresa:

Dirección:

Teléfono:

Jefe de oficina:

Cargo del Jefe:

Departamento:

1.4 DEL PERIODO DE LA PRÁCTICA EN LA OFICINA

Fecha de inicio

Fecha de finalización:

Horario de trabajo:

Total de horas realizadas:

1.5 VISITAS DEL CATEDRÁTICO SUPERVISOR

	Fecha	Hora	Firma
Primera visita:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Segunda visita:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

Prof. (a). _____ Prof. _____

Catedrático (a) de Práctica Supervisada

Director Técnico

INSTITUTO TECNOLÓGICO EMPRESARIAL

“Por el progreso de todos”

Calle Chipilapa No. 11, La Antigua Guatemala

Telefax: 7832-6854

PRE-PRÁCTICA SUPERVISADA CICLO 2019

CUADRO DE EVALUACIÓN PERSONAL

Habilidades, Destrezas y Aptitudes

Nombre del estudiante:

Empresa u oficina:

Dirección:

ASPECTOS A OBSERVAR	SEMANAS							Promedio
	I	II	III	IV	V	VI	VII	
1. Puntualidad en el horario asignado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Viste ropa adecuada para ingresar al área de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cumplimiento de las normas establecidas por la institución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cuidado en uso del material y seguimiento de instrucciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Organización y limpieza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Toma iniciativa y demuestra liderazgo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se responsabiliza del equipo e instrumentos que le asignan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aplica los conocimientos adquiridos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Presenta seguridad en sus acciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Deja el equipo e instrumentos limpios, listos para ser utilizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								TOTAL
								<input type="checkbox"/>

Observaciones

Jefe de oficina:

Firma

Sello

Lugar y fecha:

INSTITUTO TECNOLÓGICO EMPRESARIAL

“Por el progreso de todos”

Calle Chipilapa No. 11, La Antigua Guatemala

Telefax: 7832-6854

PRE-PRÁCTICA SUPERVISADA CICLO 2019 CONTROL DE ASISTENCIA SEMANAL

Nombre del estudiante:

Empresa u oficina:

		HORAS PRACTICADAS							Firma del jefe inmediato superior	
		L	Ma	Mi	J	V	S	D		Total
Del:	<input type="text"/>									
Al:	<input type="text"/>									
Del:	<input type="text"/>									
Al:	<input type="text"/>									
Del:	<input type="text"/>									
Al:	<input type="text"/>									
Del:	<input type="text"/>									
Al:	<input type="text"/>									
Del:	<input type="text"/>									
Al:	<input type="text"/>									
Del:	<input type="text"/>									
Al:	<input type="text"/>									
Del:	<input type="text"/>									
Al:	<input type="text"/>									
TOTAL DE HORAS PRACTICADAS										<input type="text"/>

Observaciones

Jefe de oficina:

Firma

Sello

Lugar y fecha:

INSTITUTO TECNOLOGICO EMPRESARIAL

“Por el progreso de todos”

Calle Chipilapa No. 11, La Antigua Guatemala

Telefax: 7832-6854

PRE-PRÁCTICA SUPERVISADA CICLO 2019

FICHA DE TRABAJO SEMANAL

Nombre del estudiante:

Carrera:

INSTRUCCIONES: Escriba en el espacio asignado las principales actividades que realizó durante la Práctica Supervisada, indicando las fechas en que fueron realizadas.

Actividades Principales

Fecha de realización

Firma

Sello