

# 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:	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	_____
Segunda visita:	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	_____

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 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