

# 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

### CUADRO DE EVALUACIÓN PERSONAL

#### Habilidades, Destrezas y Aptitudes

Nombre del estudiante:

Empresa u oficina:

Dirección:

|                     |  | SEMANAS                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ASPECTOS A OBSERVAR |  | I                        | II                       | III                      | IV                       | V                        | VI                       | VII                      | Promedio                 |
| 1.                  | Puntualidad en el horario 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"/> |
| 2.                  | Presentación personal (uso de overol)                | <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 normas y reglas de la empresa.       | <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.                  | Colaboración y respeto con el personal y clientes.   | <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.                  | Conocimiento de las normas de seguridad.             | <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.                  | Desenvolvimiento en las instalaciones eléctricas.    | <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.                  | Cumple con los procedimientos de la empresa.         | <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.                  | Conocimiento y manejo de equipo.                     | <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.                  | Responsabilidad y orden en la ejecución de trabajos. | <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.                 | Iniciativa en el desarrollo de actividades.          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>TOTAL</b>        |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | <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<br>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