

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 TECNOLOGICO 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 y sello del jefe inmediato | |
|----------------------------|----------------------|-------------------|----|----|---|---|---|---|----------------------------------|----------------------|
| | | 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"/> | | | | | | | | | |
| 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