

# INSTITUTO TECNOLOGICO EMPRESARIAL

## PLAN FIN DE SEMANA

*“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

## PLAN FIN DE SEMANA

*“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 y sello de empresa	
		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

## PLAN FIN DE SEMANA

*“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