**Control de asistencia y acompañamiento de prácticas pre profesionales**

Nota: el texto en color gris es indicativo y debe eliminarse cuando se complete el formato. El documento estará debidamente legalizado con su firma en esfero azul

**PERÍODO ACADÉMICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **DATOS GENERALES:**

**1.1 Datos del estudiante**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº de Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1.2 DATOS DE LA ENTIDAD RECEPTORA**

Nombre / Razón Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA (dd/mm/aaaa)** | **ACTIVIDAD DESARROLLADA** | **HORARIO** | **N° HORAS** | **FIRMA** | **OBSERVACIONES** |
| **ENTRADA** | **SALIDA** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL DE HORAS CUMPLIDAS** |  |  |

1. **FIRMAS Y SELLOS DE RESPONSABILIDAD[[1]](#footnote-1):**

F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estudiante de práctica pre profesional**

**(Nombres y Apellidos)**

**Cargo:**

**CC:**

F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tutor entidad receptora**

**(Nombres y Apellidos)**

**Cargo:**

**CC:**

 F \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Tutor U. Ikiam**

 **(Nombres y Apellidos)**

 **Cargo:**

 **CC:**

1. Favor consigne las firmas de responsabilidad con esfero azul. [↑](#footnote-ref-1)