

NOMBRE APRENDIZ: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_ PROGRAMA: \_\_\_\_\_

SEDE: \_\_\_\_\_ JORNADA: \_\_\_\_\_ FECHA INICIO: \_\_\_\_\_

No	INSTITUCION DE PRACTICA	NOMBRE INSTRUCTOR O JEFE INMEDIATO	FECHA		EVALUACION DESEMPEÑO	EVALUACION ACTITUDINAL	COMPETENTE		FIRMA DEL INSTRUCTOR O JEFE INMEDIATO
			INICIO	FIN			SI	NO	
1									
2									
3									
4									
5									

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>Elaboró:</b> Coordinadora de Prácticas	<b>Revisó:</b> Vicerrector Académico	<b>Aprobó:</b> Rector
<b>Nombre:</b> Rosa Elena Quinceno Toro	<b>Nombre:</b> Alejandro Alzate	<b>Nombre:</b> Jorge Enrique Giraldo Ospina
<b>Fecha:</b> 16/04/2015	<b>Fecha:</b> 16/04/2015	<b>Fecha:</b> 16/04/2015

<b>Elaboró:</b> Coordinadora de Prácticas		
<b>Nombre:</b> Rosa Elena Quinceno Toro		
<b>Fecha:</b> 16/04/2015	<b>Fecha:</b> 16/04/2015	<b>Fecha:</b> 16/04/2015