**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN**

**Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del docente: |  | Carrera: |  | |
| Nombre de la Empresa: |  | Fecha en que se realizó la visita: | |  |
| Número de Alumnos: | H: M**:** | Horario en que se realizó la visita: | |  |
| Asignatura |  |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Enuncie los objetivos cubiertos con la visita |  |
| Indique las competencias que se fortalecieron en la visita |  |
| Indique el número y el nombre de las unidades cubiertas con la visita |  |
| Redacte si hubo incidentes |  |

NOTA: El informe deberá ser entregado como máximo 5 días hábiles posteriores a la realización de la visita.

|  |
| --- |
| POR LA EMPRESA |
| FIRMA DEL DOCENTE RESPONSABLE |
|  |
| SELLO, NOMBRE, Y FIRMA |

c. c. p. Depto. Académico.

c. c. p. Archivo.