**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN**

**Fecha: {date}**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del docente: | {teacher} | Carrera: | {career} | |
| Nombre de la Empresa: | {enterprise} | Fecha en que se realizó la visita: | | {visitdate} |
| Número de Alumnos: | {gender} | Horario en que se realizó la visita: | | {visithour} |
| Asignatura | {class} |  | | |

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

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

|  |
| --- |
| {signature1}  POR LA EMPRESA |
| FIRMA DEL DOCENTE RESPONSABLE |
| {signature2} |
| SELLO, NOMBRE, Y FIRMA |

c. c. p. Depto. Académico.

c. c. p. Archivo.