



**Universidad Tecnológica del Usumacinta
Dirección de Vinculación
Coordinación de Prácticas y Estadías**

REPORTE DE VISITA		
Nombre de la empresa:	_____	
Lugar donde se ubica:	_____	
Objetivo de la Visita:	_____ _____	
Nombre y puesto de la persona que atendió la visita:	_____	
Fecha de la visita:	_____	Profesor: _____
Carrera:	_____	Grupo: _____ No. De Alumnos: _____

*** CONTESTE DE ACUERDO A LOS RESULTADOS:**

1.- LA VISITA CUMPLIÓ CON EL OBJETIVO.

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	POR QUE: _____ _____ _____
-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

2.- LA PERSONA QUE ME GUIÓ EN LA VISITA ESTUVO EN TODO MOMENTO EN LA MEJOR DISPONIBILIDAD DE ATENDERNOS.

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	POR QUE: _____ _____ _____
-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

3.- EL CONTACTO Y LA COMUNICACIÓN QUE REALIZÓ EL DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA FUE EL CORRECTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA VISITA (Lo anterior se refiere al desarrollo de la visita).

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	POR QUE: _____ _____ _____
-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

4.- EL VEHICULO QUE ME TRASLADO FUE PUNTUAL EN LA HORA DE SALIDA PROGRAMADA.

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	POR QUE: _____ _____ _____
-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

COMENTARIOS U OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR ACADÉMICO