**Reporte de Resultados de Incidentes en Visitas**

**DV-FIV-02**

|  |
| --- |
| **Fecha.** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del docente responsable de la visita:**  |  |
| **Carrera (s):**  |  |
| **Número de Estudiantes**  |  | **Hombres**  |  | **Mujeres**  |  | **Fecha de realización:**  |  |
| **Horario en que se realizó la visita:**  |  | **Nombre de la Empresa:**  |  |
| **Materia:**  |  |
| **Unidades o temas del programa de la materia que se cubrieron con la visita** |  |
| **¿Se cumplieron los objetivos de la visita? Explique:**  |
|  |
| **Incidentes:**  |
|  |

**UNICAMENTE PARA SER LLENADO POR EL CHOFER DEL TRANSPORTE UTC**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE CHOFER:** |  |
| **TRANSPORTE:** |  |

**Evaluar con las siguientes siglas: B=Bueno M=Malo**

**En caso de evaluar con M explicar brevemente**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONCEPTO A EVALUAR** | **ANTES DE SALIDA** | **DURANTE EL TRAYECTO IDA** | **DURANTE EL REGRESO** | **OBSERVACIONES**  |
| **USO Y LIMPIEZA DEL CAMIÓN** |  |  |  |  |
| **COMPORTAMIENTO DEL ALUMNDADO** |  |  |  |  |
| **PUNTUALIDAD DE GRUPO** |  |  |  |  |
| **LIDERAZGO DEL DOCENTE** |  |  |  |  |

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

|  |
| --- |
|  |
| Firma del Chofer |

|  |
| --- |
|  |
| Firma del Docente Responsable. |

|  |
| --- |
|  |
| SELLO, NOMBRE Y FIRMA (VINCULACIÓN) |

|  |
| --- |
|  |
| SELLO, NOMBRE Y FIRMA (EMPRESA) |

c.c.p. arhivo