FORMATO DE REPORTE BIMENSUAL

FO-SAC.05-28

Nombre del prestador de P.P._____
Matrícula _____ Tel. celular del P. P._____ No de Reporte _____
Meses _____ Horario asignado _____ Lugar asignado _____
Departamento/Área asignada_____
Nombre del jefe inmediato_____
Nombre del asesor externo_____
Teléfono del departamento/área asignada _____

Actividades Realizadas	Horas

Total de horas _____

Porcentaje de asistencia

_____

CALIFICACIÓN

OBSERVACIONES.

_____

_____

_____

_____ _____ _____

Firma del Prestador de PP Firma del Asesor externo Sello de la dependencia