FECHA:

MUNICIPIO:

CORREGIMIENTO:

INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

ASIGNATURA:

DOCENTE:

|  |
| --- |
| COGNITIVO: |
|  |
| PRAXIOLÓGICO: |
|  |
| AXIOLÓGICO: |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del docente Firma Director del Programa

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Directores Programas Técnicos y Tecnológicos | Vicerrectoría Académica  Dirección de Docencia y Formación  Dirección de Aseguramiento de Calidad  Dirección de Planeación | Rectoría | Noviembre de 2015 |

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **ITEM** | **MODIFICACIÓN** |
|  |  |