	PROCESO DE GESTION DE APOYO A LA ACADEMIA			
	FORMATO CERTIFICADO CUMPLIMIENTO DE COMPETENCIAS - CENTRO DE SIMULACIÓN			
	<i>Código: FO-GAA-285</i>	<i>Versión: 01</i>	<i>Fecha de aprobación: 17/02/2021</i>	<i>Página: 1 de 1</i>

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FECHA DE CERTIFICACIÓN: _____

NOMBRE DE ESTUDIANTE: CÓDIGO DEL ESTUDIANTE


TEMA DE TUTORÍA:

COMPETENCIA QUE ADQUIRIÓ:

CUMPLE LA COMPETENCIA: SI NO

FIRMA DEL TUTOR
NOMBRE: _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE
NOMBRE: _____

	PROCESO DE GESTION DE APOYO A LA ACADEMIA			
	FORMATO CERTIFICADO CUMPLIMIENTO DE COMPETENCIAS - CENTRO DE SIMULACIÓN			
	<i>Código: FO-GAA-285</i>	<i>Versión: 01</i>	<i>Fecha de aprobación: 17/02/2021</i>	<i>Página: 1 de 1</i>

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FECHA DE CERTIFICACIÓN: _____

NOMBRE DE ESTUDIANTE: CÓDIGO DEL ESTUDIANTE

TEMA DE TUTORÍA:

COMPETENCIA QUE ADQUIRIÓ:

CUMPLE LA COMPETENCIA: SI NO

FIRMA DEL TUTOR
NOMBRE: _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE
NOMBRE: _____