

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA TRABAJO SOCIAL UNIVERSITARIO FACULTAD DE SALUD FORMATO DE SESIÓN

UNIDAD: _____ **Ficha de Preparación:** _____ **Fecha:** _____

OBJETIVO: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **PROGRAMA:** _____

TIEMPO	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RECURSO	CONTENIDO	EVALUACION DE LA ACTIVIDAD

V° B° COORDINADOR Y/O PROFESOR: _____

V° B° DE LA INSTITUCION: _____