



FORMATO ACTA DE SUPERACIONES Y/O NIVELACIONES

Código: AT-FR-14
Fecha: 18/06/2010

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA ABSALÓN TORRES CAMACHO
FLORIDA VALLE**

ACTA No. _____

DOCENTE: _____

ASIGNATURA: _____

FECHA	GRADO	NOMBRE ESTUDIANTE	NOMBRE PADRE DE FAMILIA O ACUDIENTE	INDICADOR DE DESEMPEÑO	ACTIVIDAD	VALORACIÓN

OBSERVACIONES GENERALES: Los firmantes certificamos que lo expresado en ésta acta es cierto y que las actividades desarrolladas se ejecutaron de acuerdo a la normatividad

Vigente acorde con el Decreto 1290/2009, el manual de convivencia institucional y el sistema de evaluación institucional.

Nombre del estudiante

Nombre del Padre de Familia

Nombre Docente Evaluador