



**Formato de Supervisión para Escuelas Incorporadas al Colegio de Bachilleres  
del Estado de Sonora**

**Nombre de La Escuela:** \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Clave de Incorporación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Responsable de la supervisión: \_\_\_\_\_

**VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES**

No.	INSTALACIONES	No.	MOBILIARIO				ILUMINACIÓN	CAPACIDAD	OBSERVACIONES
			Área	Escritorios	Mesas	Personal			
1	Oficinas administrativas		Recepción						
			Dirección						
			Admón.						
			Prefectura						
			Sala Mtros.						
2	Aulas								
3	Laboratorio Ciencias								
4	Laboratorio de Cómputo								

**CONTINUACIÓN: VERIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES**

5	Biblioteca					
6	Cubículos de profesores					
7	Sanitarios	Mujeres				
		Hombres				
8	Equipo Audiovisual					
9	Almacén					
10	Canchas deportivas					
11	Medidas de Seguridad (Protección Civil).					

**PERSONAL DOCENTE DE FORMACIÓN BÁSICA**

No.	Nombre del Profesor	Estudios Profesionales	Licenciatura		Técnico Sup. Universitario	Carta Normalista
			Pasante	Titulado		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

**PERSONAL DOCENTE DE LENGUA EXTRANJERA**

No.	Nombre del Profesor	Certificado, Título o Estándar Internacional	Sistema educativo que lo Expide
1			
2			
3			

**PERSONAL DOCENTE DE ACTIVIDADES ARTÍSTICAS**

No.	Nombre del Profesor	Carta de Competencia Laboral Especificar
1		
2		

No.	Nombre del Director	Estudios Profesionales	Licenciatura		Experiencia Académica
			Pasante	Titulado	
1					

Observaciones: **CON RESPECTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DE INCORPORACIÓN, DE ESTA ESCUELA, LE INFORMO LO SIGUIENTE:**

**Protección Civil.-**

**Lab. de Ciencias.-**

**Biblioteca.-**

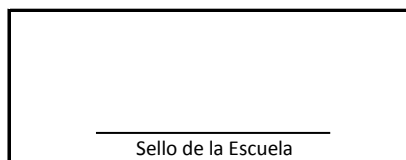
**Lab. De Cómputo.-**

**Personal Docente.-**

**Área Deportiva.-**

**Informe de Cuotas y  
Documentos.-**

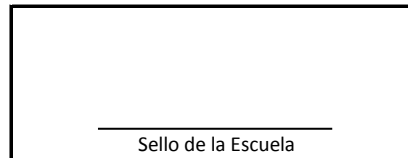
**Otros.-**



Responsable del Dpto. de Escuelas Incorporadas

Nombre y Firma del Director de la Escuela Incorporada

No.	Nombre del Director	Estudios Profesionales	Licenciatura		Experiencia Académica
			Pasante	Titulado	
1					



---

Responsable del Dpto. de Escuelas Incorporadas

---

Nombre y Firma del Director de la Escuela Incorporada