



UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA DEL ECUADOR

VSO-002

COMPROMISO DE RECEPCIÓN DE PRÁCTICAS PRE
PROFESIONALES ESTUDIANTILES POR PARTE DE UNA
ORGANIZACIÓN, ENTIDAD O PERSONA JURÍDICA

DATOS DE LA ORGANIZACIÓN, ENTIDAD O PERSONA JURÍDICA:

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL: Empresa de prueba

REPRESENTANTE LEGAL: Representante de prueba

ÁREA DE DEDICACIÓN: Area de prueba

TELÉFONO DE LA ORGANIZACIÓN, ENTIDAD O PERSONA JURÍDICA: Telefono de prueba

DIRECCIÓN: Direccion de prueba

DÍAS HÁBILES: Dias laborables de prueba

HORARIO: Horario de prueba

REPRESENTANTE PARA LA PRÁCTICA DEL ESTUDIANTE: MOLINA RIVERA EWDIN MARCELO

FUNCIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA PRÁCTICA: ARQUITECTO DE SOFTWARE

TELÉFONO DEL REPRESENTANTE DE LA PRÁCTICA: 0989874398

E-MAIL DEL REPRESENTANTE DE LA PRÁCTICA: representante@test.com

COMPROMISO EN RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE DE PRÁCTICAS PRE PROFESIONALES:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: DELGADO LANDA BYRON DANIEL

ÁREA DE LA PRÁCTICA PRE PROFESIONAL: DESARROLLO WEB

OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA PARA EL ESTUDIANTE:

* Objetivos de la práctica pre profesional:

TAREAS:

* Tareas:

DURACIÓN:

FECHA DE INICIO: 2024-01-12

FECHA DE FINALIZACIÓN: 2024-04-12

DÍAS LABORABLES DE LAS PRÁCTICAS PRE PROFESIONALES:

CAMBIAR PRUEBA

HORARIO: Horario de prueba

COMPROMISO DE LA ORGANIZACIÓN, ENTIDAD O PERSONA JURÍDICA:

Me comprometo en realizar el seguimiento y las evaluaciones respectivas, y recibir a la autoridad de la Universidad para la supervisión al estudiante.

Nombre: MOLINA RIVERA EWDIN MARCELO

CI: 2929291291

Quito, D.M, 14/02/2024

Quito, D.M, PENDIENTE LLENAR

PENDIENTE LLENAR

Director Escuela de: MEDICINA

CC: PENDIENTE LLENAR

UNIBE