

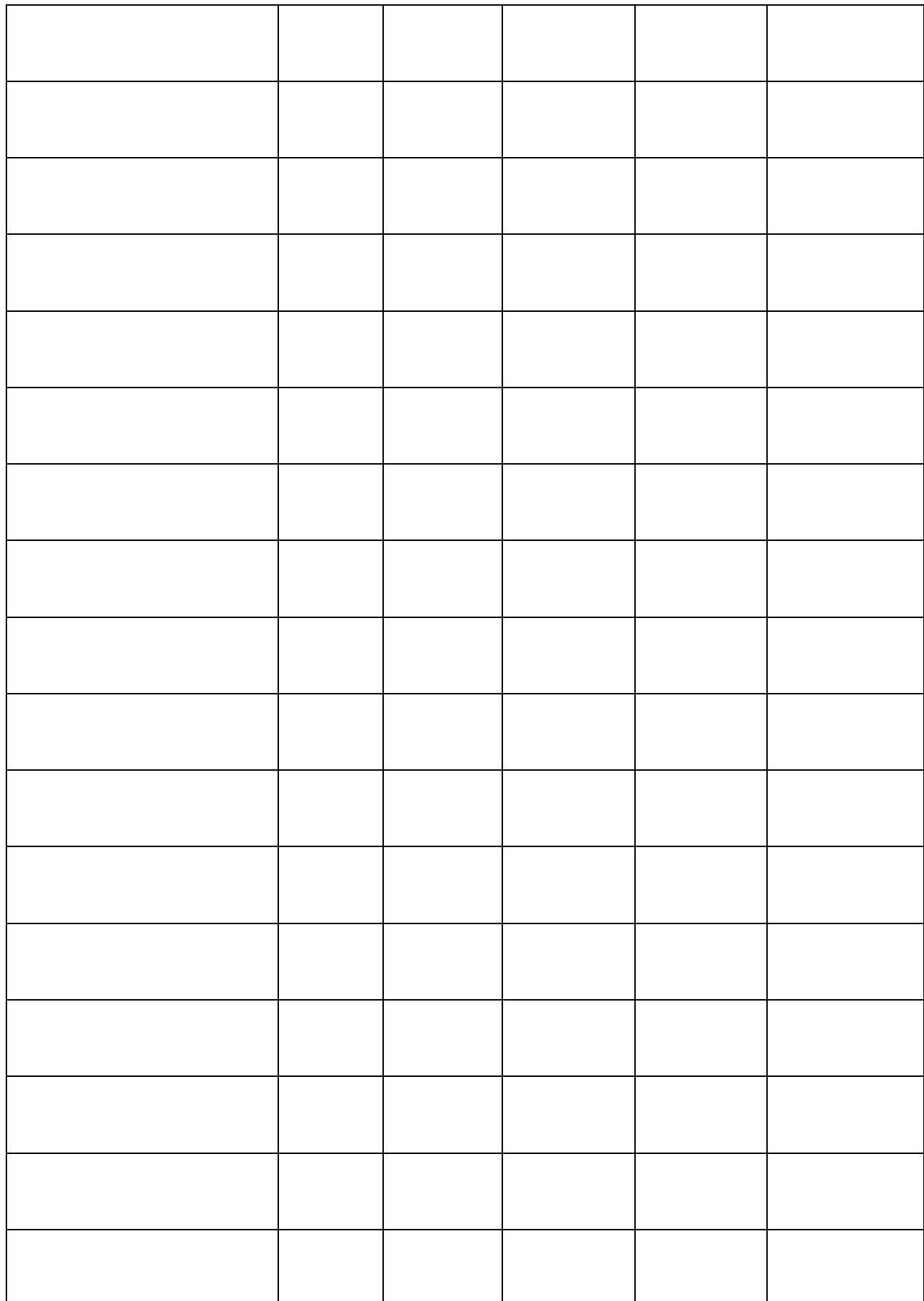


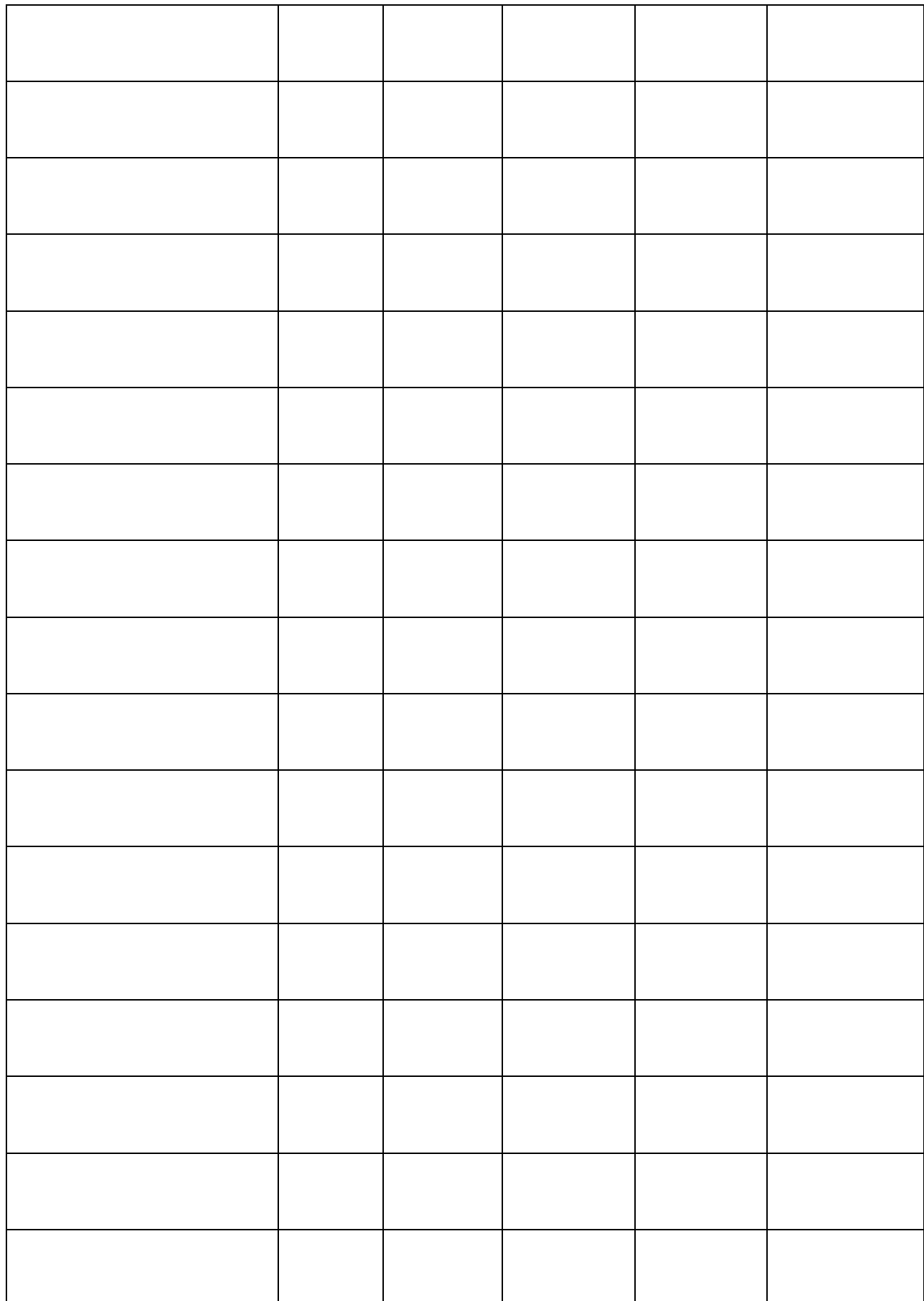
Nombre :

Nombre :

DNI :

[illegible]





[illegible]



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES



NOMBRE DEL PRACTICANTE
PRACTICANTE

NOMBRE DEL REPRESENTANTE
REPRESENTANTE EMPRESA