



Por Convocatoria

Aval=

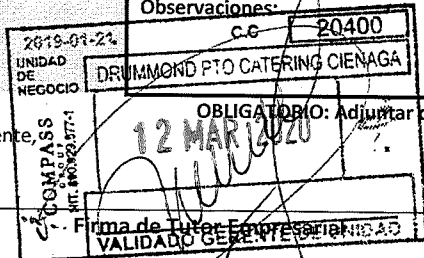
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
DIRECCIÓN DE PRÁCTICAS PROFESIONALES
ACTA DE LEGALIZACIÓN DE PRÁCTICAS

Acuerdo Académico No. 001 del 30 de enero de 2006
Acuerdo Académico No. 041 del 18 de julio de 2017

[Handwritten signature]

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	Nombre Estudiante: MAIRA PAOLA MARMOL BRAVO			
	Cédula: 1.082.989.172		Teléfono: 3005128203	
	Correo del estudiante: mairamarmolpb@unimagdalena.edu.co			
	Código estudiantil: 2015222105		Periodo Académico: NOVENO	
	Modalidad de Grado: PRÁCTICAS PROFESIONALES			
	Programa Académico: ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS			
INFORMACIÓN DE LA EMPRESA	Empresa: COMPASS GROUP COLOMBIA		NIT: 890929877-1	
	Dirección de la Empresa: DRUMMOND PUERTO-KM 10 VIA CIÉNAGA		Ciudad: CIÉNAGA, MAGDALENA	
	Nombre Tutor Empresarial: DIEGO ARMANDO SIERRA IBARRA		Teléfono: 301 4556688	
	E-mail de Tutor Empresarial: drummond-p.controller@compass-group.com.co			
	Cargo Tutor Empresarial: CONTROLLER DE COSTOS Y VENTAS		Profesión: ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS	
	Funciones por realizar durante la práctica: Apoyo administrativo en el área almacén y producción, control de materia prima, herramienta de control de inventario (factura, notas créditos, traslado, reembolsables), ajuste de comensales, ajuste de recetas, arqueo de productos, cierre comparativo de servicios, seguimiento a órdenes de compra, control de proteínas (meta tag), cumplimiento e indicador de cambios de menú.			
	Dependencia donde realiza la práctica: ADMINISTRATIVO			
	Horario de Práctica: 6:00 am a 3:00 pm o de 2:30 pm a 11:00 pm turnos rotativos.			
	Remuneración:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cuanto: \$658.325
	Modalidad de Contrato	Práctica: <input checked="" type="checkbox"/>	Aprendizaje SENA: <input checked="" type="checkbox"/>	
Aseguradora ARL: SEGUROS BOLIVAR				
INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADO POR LA DIRECCIÓN DE PRÁCTICAS PROFESIONALES (DIPPRO)	Perfil Aprobado		SI <input type="checkbox"/> Fecha _____	NO <input type="checkbox"/> Fecha _____
	Nombre del tutor de práctica:		Correo: _____	
			Teléfono: _____	
	Tiempo de Prácticas: 6 meses		Convocatoria: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Fecha de inicio: 3-03-2020			
	Fecha terminación en la empresa: 2-09-2020			
	PRÁCTICA: Suspendida <input type="checkbox"/> Retirada <input type="checkbox"/> Cancelada <input type="checkbox"/>		Fecha: _____	
	Revisión Coordinador: FECHA: 13-03-2020		Autoriza: _____	
	NOMBRE: <i>Diego Armando Sierra Ibarra</i>			
	FIRMA: <i>[Firma]</i>			
Observaciones: _____				

Cordialmente,



Dirección Prácticas Profesionales

Firma del Estudiante

13 MAR. 2020

[Handwritten signature]