

## FORMULARIO DE VALIDACIÓN CENTRO PRÁCTICA



## IMPORTANTE

Todos los campos de este formulario son obligatorios

Las funciones que el alumno realice en el Centro de Práctica son fundamentales para la aprobación de este.

Cédula de Identidad 19 220 903 - K	
Nombre Completo Cristopher Antonio Salgado Ligara	
Teléfono: 61094300 Mail Duoc: C. SALGADOL Q AUNNOS DIACO Mail personal: CSALGA DO LIZANA Q BTAL LO	
Carrera INGENIEUR EN	INFORMATIGA
Práctica Laboral:	Práctica Profesional
* Práctica para Salida Intermedia	Sí No No
Fecha de inicio: 12-06 - 2017	Fecha término: 20 - 09 - 20/7 Horario de trabajo : 13:30 - 17:30 (2010 9)
Escriba aquí si su horario de Práctica es variable: 08:30 - 17:30 (650 MWW) Número de horas: 367	
Beneficios asociados a la práctica:	
ANTECEDENTES DEL ALUMNO	
ANTECEDENTES DEL CENTRO DE PRÁCTICA	
Nombre del Centro de Práctica: Municipalidad de Pueute Alb	
Rol único tributario (RUT): 69.072100-7	
Dirección y comuna: Coucha y Loro 1820. Comos de Puento Alto	
División o Sucursal: Cours forial Giro comercial: 10 magrio	
Teléfono: 228101700	Sito web: Mpuzuten ILo, cl.
Nombre Jefe Directo: Hector Cereceda Caceres Mail Jefe Directo: hector a receda Composition has	
Cargo Jefe Directo ENCANGADO UNIDAD DESANTONO.	
Departamento, unidad o sección en que desempeña sus funciones el alumno:	
Funciones principales que realizará el estudiante: DESAVVOILO LE MORULOS JAPPS.  (adjuntar hoja si es necesario)	
en la intravet principal.	
Firma y timbre Centro de Práctica  DEPARTA INFORM	MENTO ITI NATICA A