

 UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA MEDELLÍN	FORMATO ACTA DE INICIACIÓN DE PRÁCTICA PROFESIONALIZANTES	CODIGO: EXFR.006.V4	FECHA DE VERSIÓN: 31-JAN-11
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------------

**ACTA DE INICIACIÓN DE PRÁCTICA UNIVERSITARIA
EN DESARROLLO DEL CONVENIO DE PRÁCTICAS UNIVERSITARIAS
CELEBRADO ENTRE LA UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA MEDELLÍN
Y _____**

Información del Practicante

Nombre completo _____
Documento de identidad: _____
Programa que cursa: _____
Fecha de iniciación de la práctica: _____
Fecha de terminación de la práctica: _____
Cargo: _____

Información del Coordinador Centro de Practica

Nombre Completo _____
Cargo _____
E-mail: _____
Teléfono _____
Lugar donde se llevará a cabo la práctica:
Municipio: _____
Dirección: _____

Información del Asesor de Práctica (U.S.B.)

Nombre Completo _____
E-mail: _____
Teléfono _____

Información de la Practica

Modalidad bajo la cual se llevará a cabo la práctica:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Social comunitaria | <input type="checkbox"/> Gestión empresarial |
| <input type="checkbox"/> Investigativa | <input type="checkbox"/> Docente |
| <input type="checkbox"/> Gestión escolar | <input type="checkbox"/> Prácticas Profesionalizantes en el Exterior |
| <input type="checkbox"/> Consultorio jurídico y centro de conciliación | <input type="checkbox"/> Empresarismo o emprendimiento |
| <input type="checkbox"/> Otra. Cual? _____ | |

Objetivo de la Práctica:

Principales funciones a desempeñar:

Gastos de viaje:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Valor:	
Transporte:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Valor:	
Estadía (valor y periodicidad):	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Valor:	
Aporte de Sostenimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Valor:	
Subsidio de Transporte	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Valor:	
Subsidio de Alimentación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Valor:	
Días y horario destinados a la práctica:			
Condiciones adicionales:			

El Coordinador del Centro de Prácticas atenderá las visitas del Asesor de Prácticas de la Universidad, durante el desarrollo de la práctica, y entregará oportunamente la evaluación del Estudiante de Práctica.

Fecha:

Firman,

Decano (a)

Coordinador del Centro de Prácticas