



FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

CARRERAS
INGENIERÍA CIVIL EN INFORMÁTICA
INGENIERÍA DE EJECUCIÓN EN COMPUTACIÓN E INFORMÁTICA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PRÁCTICA PROFESIONAL (F1)

PRÁCTICA I

☐

PRÁCTICA II

☒

I.- ALUMNO(A)

NOMBRE COMPLETO: Pablo Eugenio Garay Cofré

RUT: 17.989.407-6

CARRERA:

ICI

☒

IECI

☐

DIRECCIÓN EN LA CIUDAD: Población Valenzuela Silva Avenida Alonso de Ercilla N°135

FONO: 950415420

E-MAIL: pagaray@alumnos.ubiobio.cl

II.- CENTRO DE PRÁCTICA

NOMBRE EMPRESA: Clínica Chillán S.A.

RUBRO (GIRO): Hospitales y Clínicas

DIRECCIÓN: Pedro Aguirre Cerda N°35

FONO: 2433004

CIUDAD: Chillán

III- SUPERVISOR DE PRÁCTICA DE LA EMPRESA

NOMBRE COMPLETO: Juliana Sandoval Ortiz

PROFESIÓN : Ingeniería de Ejecución
en Comp. E Inf.

CARGO: Ingeniero de Sistemas

FONO: 24330083

E-MAIL: jsandoval@clinicachillan.cl

IV.- ANTECEDENTES DE LA PRÁCTICA

ÁREA EN LA CUAL DESARROLLARÁ LA PRÁCTICA : Área Comercial, Departamento de Computación e Informática

BREVE DESCRIPCIÓN DEL ÁREA: Área sensible de la empresa destinada a prestar Servicios a las distintas unidades y usuarios de la empresa referidos a sistemas informáticos, Hardware, software, telefonía, soporte de usuarios y ofimática.

OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA: Conocer cómo funciona el flujo de la información y Sistemas informáticos que se utilizan en la Clínica Chillán, el diseño y construcción de sistema Asignación de box de consultas y convenios de arriendos de profesionales médicos.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

- Apoyo a usuarios de sistemas informáticos e implementación.
- Revisar Bases de Datos y obtener información que requieren los usuarios
- Revisión de sistemas con modificaciones enviadas por los proveedores
- Diseño y confección de sistemas de información desde la toma de Requerimientos hasta su implementación.

FECHA INICIO:	14/12/2015	FECHA TÉRMINO:	04/03/2016
---------------	------------	----------------	------------

DÍA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIO	8:30 – 18:30	8:30 – 18:30	8:30 – 18:30	8:30 – 18:30	8:30 – 18:30	-

CLINICA CHILLAN

FIRMA SUPERVISOR EMPRESA

FIRMA ALUMNO(A)

V.- RESOLUCIÓN

FECHA RECEPCIÓN: _____ FECHA REVISIÓN: _____

NOMBRE DOCENTE SUPERVISOR: _____

Recomendación: ☐ Aprobada ☐ Rechazada ☐ Modificaciones

OBSERVACIONES / MODIFICACIONES :

--

FIRMA DOCENTE SUPERVISOR