

**ACTA DE INICIO DE PRÁCTICAS - MODALIDAD SOCIAL****ACTUALIZACIÓN****VERSIÓN****TRD****26/08/2020****01****400-475-03**

FECHA:

DD**MM****AAAA****INFORMACION DEL ESTUDIANTE****ESTUDIANTE 1**

Nombre:
Identificación:
Teléfono/Celular:
Correo electrónico:
Facultad:
Programa:
Modalidad de práctica:

ESTUDIANTE 2

Nombre:
Identificación:
Teléfono/Celular:
Correo electrónico:
Facultad:
Programa:
Modalidad de práctica:

ESTUDIANTE 3

Nombre:
Identificación:
Teléfono/Celular:
Correo electrónico:
Facultad:
Programa:
Modalidad de práctica:

ESTUDIANTE 4

Nombre:
Identificación:
Teléfono/Celular:
Correo electrónico:
Facultad:
Programa:
Modalidad de práctica:

ESTUDIANTE 5

Nombre:
Identificación:
Teléfono/Celular:
Correo electrónico:
Facultad:
Programa:
Modalidad de práctica:

INFORMACION DE PRÁCTICA

Titulo del proyecto:	
Nombre del docente:	
Identificación:	
Tipo de contrato:	

FECHA DE INICIO DE LA PRÁCTICA:	DD	MM	AAAA
FECHA DE TERMINACIÓN DE LA PRÁCTICA:	DD	MM	AAAA

Se firma en la ciudad de Barranquilla, a los _____ días del mes de _____ del año _____

VB Coordinador de prácticas
C.C.

VB Coordinador de la
modalidad
C.C.

Firma docente de práctica
C.C.

Firma estudiante 1
C.C.

Firma estudiante 2
C.C.

Firma estudiante 3
C.C.

Firma estudiante 4
C.C.

Firma estudiante 5
C.C.