

**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.