

	REGISTRO HORAS DE PRÁCTICA PROGRAMAS ESCUELA DE SALUD	CÓDIGO: F-SE-046	VERSIÓN: 3
		PÁGINA: 1 DE 1	

Nombre Completo del Estudiante:			Programa:			
Identificación:						
Teléfono Contacto:						
Lugar de Practica:						
Tutor:						
Plan de Práctica:	Básica I		Básica II		Básica III	

Nº Turnos	ÁREA /SERVICIO	FECHA	HORA INICIO	HORA SALIDA	TOTAL HORAS	FIRMA ESTUDIANTE	FIRMA TUTOR O RESPONSABLE
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

NOTA: Las jornadas de práctica se desarrollaran de lunes a sábado entre 6 am y 7pm. (Acuerdo 0153 de 2012). Este formato debe ser diligenciado completamente, sin enmendaduras y sin tachones.

REPRESENTANTE LUGAR DE PRÁCTICA			
NOMBRE COMPLETO:			CARGO:
<i>Al firmar se da constancia de que las horas registradas se desarrollaron plenamente, dando cumplimiento al Plan de Prácticas al que corresponden.</i>			
FIRMA:			FECHA: