

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

Nombre completo del estudiante:		Programa:	
Identificación:		Folio:	
Teléfono de contacto:			
Lugar de práctica:			
Tutor:			
Plan de práctica:	Básica I		Básica II
			Básica III

N° 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 desarrollarán de lunes a sábado entre las 6:00 a.m. y las 7:00 p.m. (Acuerdo 0153 de 2012). Este formato debe ser diligenciado completamente, sin enmendaduras y sin tachones.

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