Ciudad, mes día de año

Señores

**Comité de Programa**

*Nombre del programa*

Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”

Asunto: Prácticas

Nos permitimos manifestar el interés de vincularnos al proceso académico formativo, con un estudiante del programa *nombre del programa,* asignando un espacio para la realización de la práctica.

1. **Datos del Estudiante**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres y apellidos** |  |
| **N° de documento** |  |
| **Teléfonos** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Sede/seccional** |  |

1. **Objeto y productos esperados de la práctica**

|  |
| --- |
| **Objetivo de la Práctica:** |
| **Objetivos Específicos:**  a)  b)  c) |
| **Productos a presentar por el estudiante (debe ser uno por objetivo específico):**  a)  b)  c) |

1. **Tipo de Contrato y duración**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Contrato de Aprendiz (Parafiscales SENA- Ley 789/04) | | | | | | |  | | Si el Contrato es de Aprendiz Certificado Cámara de Comercio | | |  |
| Convenio |  | Anexa Acta de Posesión | | |  | | | Anexa Certificado de disponibilidad presupuestal | | | |  |
| Duración de la práctica: | | | |  | | Fecha inicio: | | | | Fecha finalización: | | |
| Pagador ARL: | | | UdeA | | | |  | | Agencia | |  | |

1. **Tipo de apoyo a brindar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apoyo económico mensual a reconocer al estudiante en práctica | | **$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Otro tipo de apoyo: | Alimentación \_\_\_\_ Vivienda \_\_\_\_ Pasajes\_\_\_\_  Otro (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ninguno \_\_\_\_ | |

1. **Información de la institución donde se realizará la práctica**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la institución: | | | | | | | | Nit: |
| País: | | Departamento: | | | Municipio: | | | |
| **Tipo** | Pública\_\_\_ Privada\_\_\_ | | | Teléfono: | | | | Dirección: |
| Representante legal: | | | | | | | N° Cédula: | |
| Asesor Institucional: | | | Teléfono fijo:  Celular: | | | Correo: | | |

Atentamente,

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre completo:

Cargo :