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 :