

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA**

D.L. No. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969 PROVINCIA DE EL ORO – REPUBLICA DEL ECUADOR

**UNIDAD ACADÉMICA DE………………………………………**

**CARRERA………………………………**

***“Calidad, pertinencia y calidez”***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGISTRO** **DE ESTUDIANTES PRACTICANTES** | | | | | | |
|
| **INFORMACIÓN DEL PRACTICANTE** | | | | | | |
| Nombres y Apellidos: | | | | C.I.: | | FOTO |
|  | | | |  | |
| Período Académico: | | | | Egresado: |  |
| Semestre/Año: | | | | Repite proceso |  |
| Jornada: | | | |  | |  |
| Dirección Domiciliaria: | | | | | | |
| Ciudad: |  | Provincia: |  | Lugar de labores:(Opcional) | | |
| Teléfono: |  | Telf. Celular: | | N° Telf. de labores: (Opcional) | | |
| E-mail: |  | | | | | |
| **INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE ACOGIDA** | | | | | | |
| Razón social: | | | | | | |
| Tipo de Institución: Pública ( ) Privada ( ) | | | | R.U.C/RISE: | | |
| Sector Económico al que corresponde la institución: | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | |
| Ciudad: |  | Provincia: |  | Teléfono: | | |
| E-mail: | | | | | | |
| Representante Legal/Propietario/Profesional en Libre Ejercicio  (PERSONA QUE FIRMA EL CONVENIO/Carta de Compromiso): | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Título Académico: | | | Cargo: Gerente/Gerente-Propietario/Propietario | | | |
| **ÁREA O DEPARTAMENTO DONDE SE REALIZARÁN LAS PRÁCTICAS PREPROFESIONALES/PASANTÍAS** | | | | | | |
| Área/Departamento/Unidad: | | | | | | |
| Persona a cargo del practicante/pasante (TUTOR INSTITUCIONAL): | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Título Académico: | | | Cargo o Actividad que desempeña: | | | |
| E-mail: | | | | Teléfonos : | | |
| **PERIODO DE EJECUCIÓN DE LAS PRÁCTICAS PREPROFESIONALES/PASANTÍAS** | | | | | | |
| Fecha de inicio: | | | Fecha de posible culminación: | | | |
| Horario convenido | | | | Total Horas a Cumplir : | | |
| **ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA CARRERA** | | | | | | |
| NOMBRE y FIRMA del Practicante: | | | | **Planificación de visitas:**  Se plantea las visitas de supervisión los días…………… a partir de: | | |
|
| NOMBRE y FIRMA del Docente tutor de pasantías y prácticas: | | | | Fecha: | | |
| Hora: Entre las 00h00 y 00h00 | | |
| Aprobado por:  NOMBRE y FIRMA DE COORDINADOR DE CARRERA (incluir el sello de la carrera) | | | | | | |