

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ
Coordinación de Práctica

REGISTRO DE VISITAS A LAS AGENCIAS DE PRÁCTICA

Facultad: _____ **Nombre del Coordinador:** _____

Nombre del Asesor: _____ **Firma del Asesor:** _____

Año: _____ Semestre 01 Semestre 02

Página No. ____

Agencia, dirección y teléfono	Cooperador y teléfono	Nombre de los alumnos en la Agencia	Primera Visita		Segunda Visita	
			Fecha	Firma del alumno o del cooperador	Fecha	Firma del alumno o del cooperador
			Vr. Transporte \$		Vr. Transporte \$	
			Fecha		Fecha	
			Vr. Transporte \$		Vr. Transporte \$	
			Fecha		Fecha	
			Vr. Transporte \$		Vr. Transporte \$	

Vo. Bo. del Coordinador o Decano: _____