|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre(s) del Gerente, Subgerente o Jefe de Oficina de la dependencia**  **(Tutor)** |  | **N° Cédula:** |  |
| **Dependencia:** |  | **Número de plazas requeridas:** |  |
| **Modalidad de la práctica:**  ***Marcar con una x*** | **Presencial** | **Virtual** | **Mixta** |
| **Objeto de la Practica:** | ***Indicar el objeto de la práctica profesional*** | | |
| **Perfil del estudiante:** | ***Indicar perfil profesional y núcleos básicos requeridos*** | | |
| **Plan o meta de la dependencia a cumplir con la vinculación formativa:** | ***Indicar el plan o meta por parte de la dependencia al realizar la práctica profesional*** | | |
| **Objeto de la plaza** | ***Indicar el objeto específico de la plaza*** | | |
| **Actividades para desarrollar en la práctica:**  ***Deberán estar relacionadas con su perfil profesional*** | ***Tener en cuenta que deben ser actividades de apoyo*** | | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# FIRMA (GERENTE, SUBGERENTE O JEFE DE OFICINA)