



COORDINACIÓN DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL
FACULTAD DE DISEÑO-PROGRAMA DE ARQUITECTURA

PLAN DE PRÁCTICAS - 2025

I- DATOS GENERALES

Practicante:	Nombre:	
	Teléfono:	
	Correo institucional:	
Lugar de practica:	Nombre:	
	Dirección:	
	Teléfono:	
	Correo:	
MONITOR Universitario:	Nombre:	
	Teléfono:	
	Correo institucional:	
TUTOR de la entidad:	Nombre:	
	Teléfono:	
	Correo institucional:	
Periodo académico:	Año:	Semestre:
Fecha de elaboración del Plan:		

II- ACTIVIDADES: Relacione las actividades que se acordó realizar durante su proceso de práctica en la Entidad:

III- DISTRIBUCIÓN DEL HORARIO

Diseño: Ajustó:	Revisó:	Aprobó: Fecha:
---------------------------	----------------	--------------------------



Señalar las franjas de permanencia en el sitio de práctica, esta información debe coincidir con la expuesta en el Acuerdo Tripartita o Contrato pertinente

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
7:00 – 8:00 am						
8:00 – 9:00 am						
9:00 – 10:00 am						
10:00 – 11:00 am						
11:00 – 12:00 m						
12:00 – 1:00 pm						
1:00 – 2:00 pm						
2:00 – 3:00 pm						
3:00 – 4:00 pm						
4:00 – 5:00 pm						

OBSERVACIONES:

FIRMA ESTUDIANTE:

FIRMA MONITOR UNIVERSIDAD:

Nombre:
Código:
C.C

NOMBRE
C.C:

Aprobación del plan de práctica por parte del sitio de prácticas:

FIRMA DEL TUTOR

C.C.
NOMBRE:

Diseño: Ajustó:	Revisó:	Aprobó: Fecha:
--------------------	---------	-------------------