

## CONTROL DE ASESORIA

### DATOS DEL ASESOR

Nombres y Apellidos:	
Documento de Identidad:	
Ultimo título Obtenido:	
Empresa donde Labora:	
Dirección de la empresa:	
Teléfono:	Fax:
E-mail:	
Celular:	

### DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombres y Apellidos:
Programa:
Empresa donde realiza la práctica:
Teléfono:
E-mail:
Teléfono residencia:
Celular:

Asesoría Nro.	TEMA TRATADO	RECOMENDACIONES Y TAREAS	NÚMERO DE HORAS	FECHA			FIRMA ASESOR Y ESTUDIANTE EN CADA ASESORIA
				A	M	D	
1							
2							
3							
4							

Firma del Decano del Programa: \_\_\_\_\_

Firma Asesor: \_\_\_\_\_

Nota: Favor entregar este formato en la Oficina de Prácticas con las firmas respectivas, cada mes y máximo una semana después de haber terminado la asesoría para efectos del pago durante el período contable. (POR PROYECTO SE PAGAN AL ASESOR 16 HORAS).

Asesoría Nro.	TEMA TRATADO	RECOMENDACIONES Y TAREAS	NÚMERO DE HORAS	FECHA			FIRMA ASESOR Y ESTUDIANTE EN CADA ASESORIA
				A	M	D	
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							