# *INFORMACIÓN GENERAL DEL PRACTICANTE*

Información personal del practicante. El Empleador podrá solicitar ampliación de ésta.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** |  | Foto |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO** |  | **EDAD** |  |
| **TELÉFONOS** |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  |
| **DIRECCIÓN**  |  |
| **CIUDAD** |  |

# *FORMACIÓN ACADÉMICA*

Digite la información referente al título obtenido en el grado 9 ó 11 según corresponda.

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO OBTENIDO** |  |
| **INSTITUCIÓN EDUCATIVA** |  |
| **FECHA DE GRADO** |  |

Si usted ha realizado otros estudios, relaciónelos a continuación. Agregar las filas que requiera.

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DE LOS ESTUDIOS** |  |
| **INSTITUCIÓN EDUCATIVA** |  |
| **TIEMPO DE DURACIÓN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO OBTENIDO** |  |
| **INSTITUCIÓN EDUCATIVA** |  |
| **FECHA DE GRADO** |  |

# *INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN*

Información relevante del programa de formación. Para más información podrá contactarse con el Área de Admisiones.

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA** |  |
| **CÓDIGO DEL PROGRAMA** |  |
| **FECHA DE INICIO** |  |
| **ETAPA PRODUCTIVA (Total módulos)** |  |

# 4. DESCRIPCION BREVE DE SU PERFIL OCUPACIONAL.

|  |
| --- |
|  |

# *FIRMA DEL PRACTICANTE*

|  |
| --- |
| Manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad que contravengan el Programa de Prácticas Formativas de la Institución o términos legales, para desarrollar la etapa productiva desempeñándome en una empresa. Para todos los efectos legales, certifico que los datos por mi anotados en el presente documento son veraces.Acepto los términos y condiciones definidos en el programa de Prácticas Formativas de la Institución.**Ciudad y Fecha de Diligenciamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |

# *Firma DEL funcionario de convenios interinstitucionales*

Información del funcionario encargado de los Convenios Interinstitucionales. Contacte para la aceptación del practicante.

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL FUNCIONARIO** | Ana Paola Brito |
| **TELÉFONOS CONTACTO** | 3013166846 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | Convenios@aies.edu.co |

# *INFORMACION INSTITUCIONAL*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZÓN SOCIAL** | ACADEMIA INTERNACIONAL DE ESTUDIOS TECNIOS –AIES- |
| **NIT** | 900993037-7 |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | JAINERS URIBE GARCIA  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | directoracademico@aies.edu.co |

**El estudiante deberá presentar copia de la hoja de vida al momento de la entrevista en la empresa interesada.**

**El estudiante deberá anexar soportes físicos de la información académica y datos personales.**

**En caso de ser menor de edad, se debe anexar permiso laboral autenticado por parte de los padres o representantes.**

**Los practicantes en el Área de la Salud deben anexar fotocopia del Certificado de Vacunas.**