



NIT 891080031-3

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
LABORATORIO DE SIMULACIÓN CLÍNICA  
FORMATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

<b>ENTIDAD CONTRATANTE DEL SERVICIO</b>			
<b>REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD CONTRATANTE</b>			
<b>NOMBRE DE LA PRÁCTICA DE LABORATORIO</b>			
<b>FECHA DE REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA DE LABORATORIO</b>			
<b>HORA DE INICIO</b>		<b>HORA DE FINALIZACIÓN</b>	
<b>NÚMERO DE ESTUDIANTES</b>			
<b>RESPONSABLE DE LA PRÁCTICA DE LABORATORIO POR PARTE DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA</b>			
<b>OBSERVACIONES</b>			

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD CONTRATANTE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA PRÁCTICA POR PARTE DE LA UNIVERSIDAD**