**NOMBRE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PERÍODO ACADÉMICO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **HORAS SEMANALES:** \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **HORA** | **ACTIVIDAD DESARROLLADA** | **PROFESIONAL ACOMPAÑANTE** | **ESTUDIANTES ACOMPAÑANTES** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FIRMA DEL DOCENTE** |  | **FIRMA DEL(A) DIRECTOR(A) DEL** **CENTRO CLÍNICO VETERINARIO** |

***Nota:*** *Estimado docente, recuerde diligenciar este formato incluyendo en la actividad desarrollada, el número de historia clínica y el procedimiento que usted realizó. Éste debe adjuntarse al Formato de registro de acciones académicas ejecutadas, incluyendo un registro fotográfico.*