

TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÌA

INFORME DE PRÁCTICAS PRE - PROFESIONALES LABORALES

REALIZADO EN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de entrega del informe:

1. **Información del practicante**

| **Apellidos y Nombres completos:** |  |
| --- | --- |
| **Números telefónicos del practicante:** | **Convencional y celular** |
| **Correo institucional del practicante:** | **......@itslibertad.edu.ec** |
| **Tutor Académico del ISTUL** | **PhD. Diana Sánchez** |

1. **Información del periodo académico**

| **Período Académico:** | **ABRIL - SEPTIEMBRE 2023** |
| --- | --- |
| **Periodo Académico Ordinario:** | **TERCERO** |
| **Fecha de Inicio de la Práctica:** | **DD/MM/AAAA** |
| **Fecha de Finalización de la Práctica:** | **DD/MM/AAAA** |

1. **Información de la entidad receptora**

| **Institución Receptora:** |  |
| --- | --- |
| **Dirección:** |  |
| **Correo electrónico:** |  |
| **Número telefónico:** | **Convencional y celular** |
| **Tutor de la entidad receptora:** | **(Título. Apellido y Nombre)** |
| **Número telefónico del tutor:** | **Convencional y celular** |

**Quito, Mes (mes de entrega) Año**

**FORMATO DVS-PPP-001**

**CARRERA DE TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÌA**

Señores

LUGAR DE LA PRÀCTICA

Presente

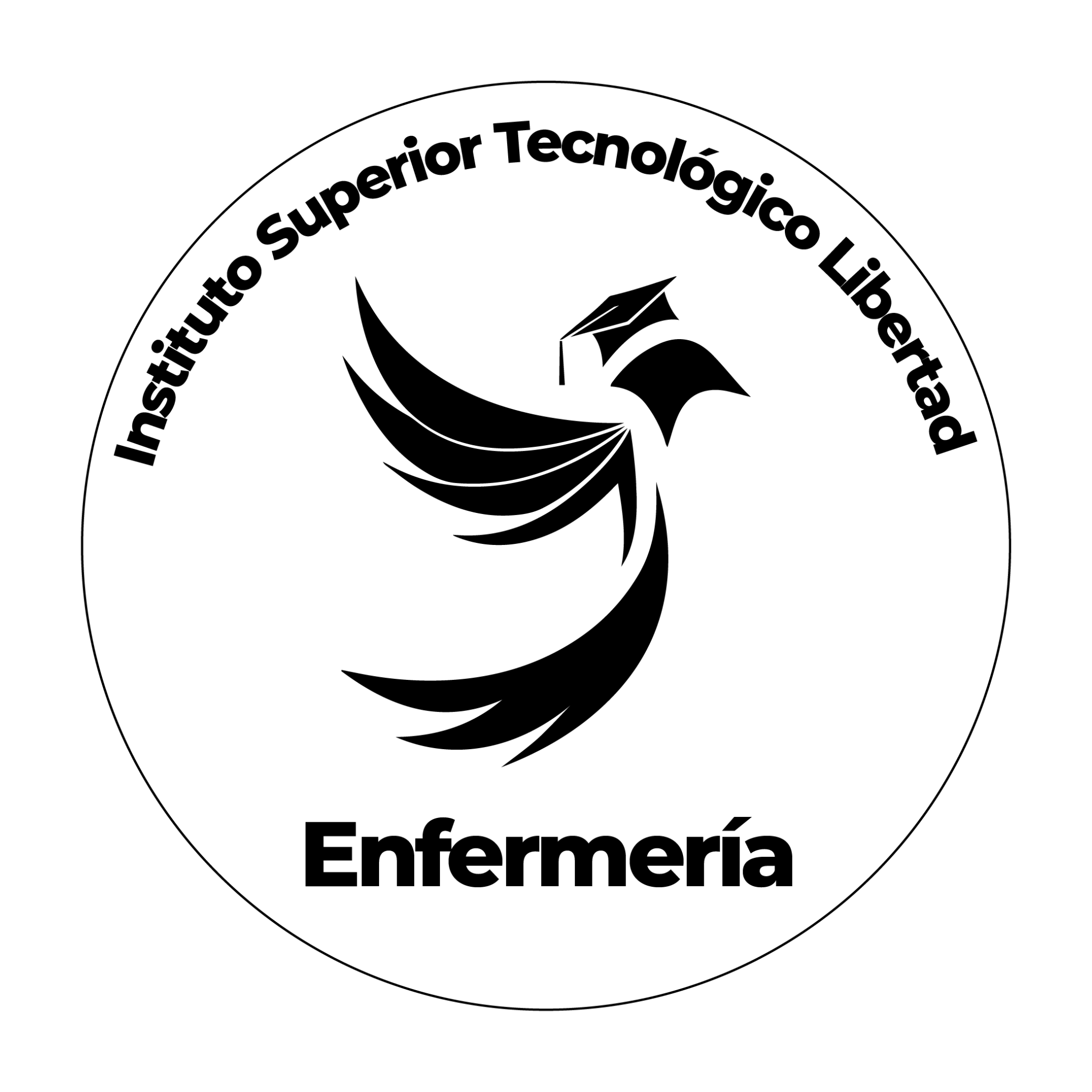
**ASIGNACIÓN DE ESTUDIANTES A LA PRÁCTICA PREPROFESIONAL**

**EN LA ENTIDAD RECEPTORA**

La Coordinación de la Carrera de Técnico Superior en Enfermería del ISTUL, amparada en lo establecido en el Art. 87 de la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES), en los Arts. 42, 43 y 44 del Reglamento de Régimen Académico (RRA, 2022) y en respuesta a su disposición de asumir el papel de entidad receptora, tiene a bien asignar al estudiante señalado a continuación para que complete el tiempo de práctica pre profesional en su institución.

| **No.** | **APELLIDOS Y NOMBRES** | **CEDULA DE CIUDADANIA** | **CELULAR** | **FECHA INICIO** | **FECHA FINAL** | **HORARIO INDIVIDUAL** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | TAGSI PEÑA MARIA SOFÌA |  |  |  |  |  |

El estudiante llevará a efecto el plan de práctica, en el periodo correspondiente del \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ajustados a las normas y los valores éticos aprendidos en las aulas y contemplados en las directrices de la institución.

Atentamente, 

*MSc. Jácome Montúfar Amada*

*C.C.: 0601741408*

*Coordinación de Carrera*

*Instituto Superior Tecnológico Liberad*

**FORMATO DVS-PPP-002**

**ESTE FORMATO LO DESCARGA DEL SGA Y LO COLOCA ESCANEADO**

**ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD RECEPTORA DE LA SOLICITUD PARA LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS PREPROFESIONALES**

Quito, 15 de julio del 2022

**Sres.**

**COORDINACIÓN DE LA CARRERA DE TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERIA**

**Presente.**

El/La suscrito/a, **Lic. Sofia Galeas** representante de **NEW HOPE** expresa formalmente su aceptación para que el/la estudiante realice sus Prácticas Preprofesionales Laborales no remuneradas en esta Institución, durante el periodo correspondiente del **lunes, 18 de julio de 2022** al **martes, 30 de agosto de 2022** con una totalidad de 192 horas**.**

Para el efecto, se compromete a prestar la colaboración necesaria para el cumplimiento del plan de aprendizaje de prácticas preprofesionales, evaluar el desempeño y extender la certificación correspondiente para cada estudiante.

| **APELLIDOS Y NOMBRES DEL ESTUDIANTES** | **CÉDULA DEL ESTUDIANTE** | **CELULAR** | **FIRMA** |
| --- | --- | --- | --- |
| AGUINDA SALAZAR VIKI SOFÍA | 1500967359 |  |  |

| **ENTIDAD ASIGNADA** | **DIRECCIÓN** | **HORARIO** | **CELULAR DEL RESPONSABLE DE LA ENTIDAD** |
| --- | --- | --- | --- |
| NEW HOPE | VILLAFLORA - DIEGO DE GUEVARA OE 219 Y PEDRO DORADO | LUNES A VIERNES 08:30 AM A 11:30 AM | Lic. Sofia Galeas – 0980305694 |

**COMPROMISO:**

Es de mi conocimiento que, la/el estudiante se compromete en cumplir las actividades determinadas en el plan de prácticas en el horario designado, así como asistir puntualmente.

Muy atentamente,

Nombre y Sello: Lic. Sofia Galeas

**NEW HOPE**

**FORMATO DVS-PPP-003**

**CARRERA DE TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÌA**

**ASIGNACIÓN Y ACEPTACIÓN DE TUTOR ACADÉMICO**

Señor/a/ita Docente

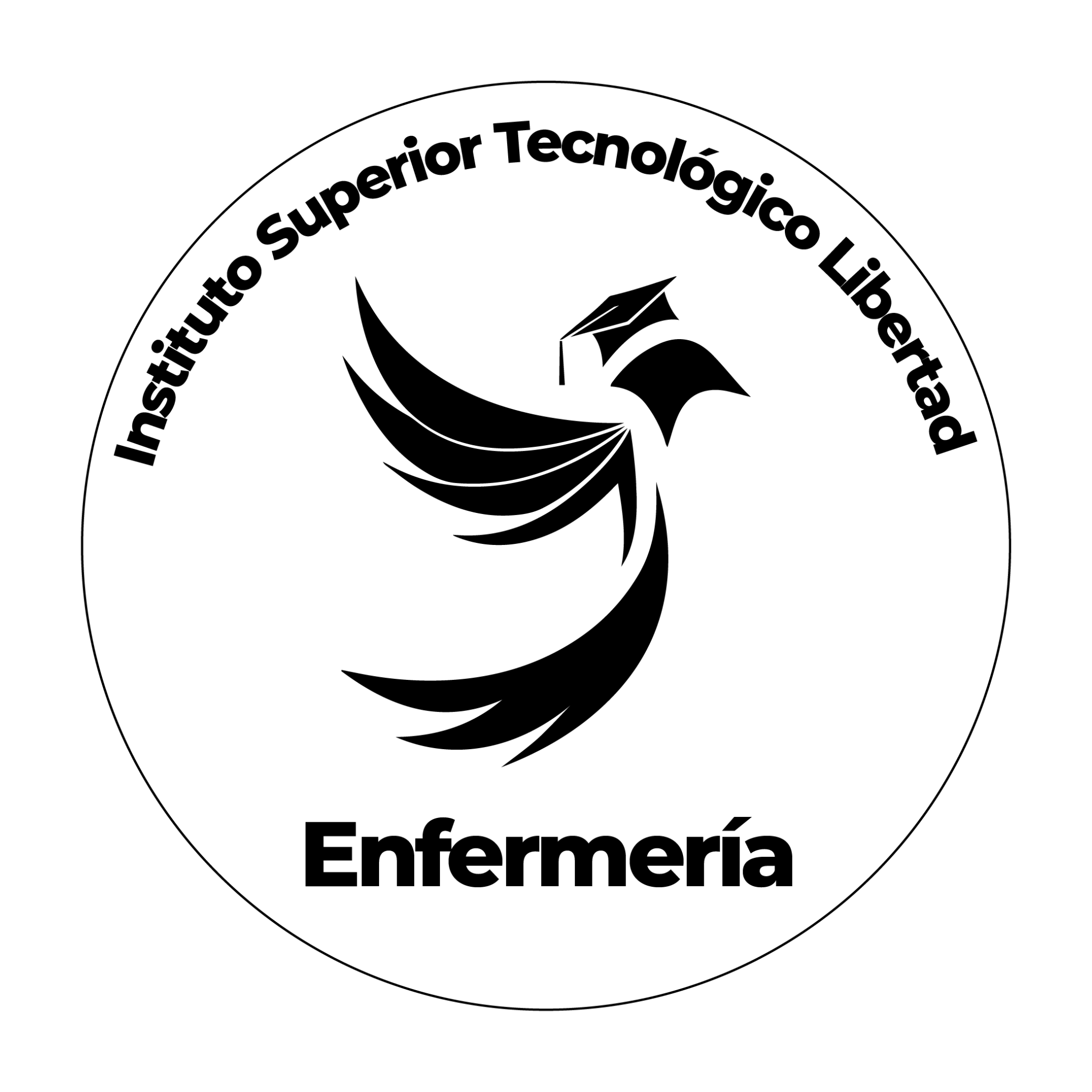
PhD. Diana Sánchez

Presente

La Coordinación de la Carrera en uso de sus deberes y atribuciones conferidas en el Reglamento Interno del Instituto Superior Tecnológico Libertad, tiene a bien designar a usted como tutor académico de los siguientes estudiantes, con la finalidad de que brinde asesoría, monitoree y de seguimiento durante el proceso de la práctica preprofesional y el cumplimiento de la entrega del informe final.

|  | APELLIDOS Y NOMBRES | NÙMERO DE CÉDULA | CORREO ELECTRÓNICO | ENTIDAD RECEPTORA |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | TAGSI PEÑA MARIA SOFÌA |  |  |  |

Quito, a los 13 días del mes de abril del año 2023





MSc. Jácome Montúfar Amada

C.C.: 0601741408

Coordinación de Carrera

Instituto Superior Tecnológico Liberad

Yo PhD. Diana Sánchez acepto ser tutora académica de la/el menciona/o estudiante.



PhD. Diana Sánchez

C.C.: 1723435697

Tutor Académico / Docente

Instituto Superior Tecnológico Libertad

**FORMATO DVS-PPP-004**

INFORME DE PRÁCTICAS PRE - PROFESIONALES LABORALES

REALIZADO EN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Instrucciones:  Complete la información requerida, de acuerdo a los resultados que ha logrado, en el lapso de su práctica preprofesional**

**El siguiente es un ejemplo**

| APELLIDOS | | NOMBRES | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Entidad receptora:** xxxxxxx | | | |
| **Tutor en la entidad receptora**: xxxxxxx | | | |
| Fecha de Inicio de la Prácticas: DD/MM/AA | Fecha de Finalización de la Práctica:  DD/MM/AA | | Fecha de entrega del informe:  DD/MM/AA |
| 1. **Objetivo general**   Identi Identificar el nivel de aprendizaje adquirido en el periodo de práctica profesional, como resultado de la aplicación de los conocimientos y habilidades aprendidas en el proceso de formación de la carrera de Enfermería. | | | |
|
|

1. **Actividades desarrolladas durante la práctica preprofesional:**

| **Nª** | **ACTIVIDADES DESARROLLADA S** | **APRENDIZAJ E LOGRADO** | **¿QUÉ VALOR HA DESARROLLADO CON**  **ESTA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE?** | **TIEMPO EN HORAS** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Toma de signo vitales y asistencia de pacientes a consulta | Aumento de la mi capacidad auditiva, Y mejoramiento en mi capacidad de relacionarme | Aplique mis conocimientos dados en la institución con ayuda de los equipos que se usan para toma de signos vitales como lo es el termómetro, fonendoscopio, tensiómetro y reloj. | 40 horas |
| 2 | Toma de glicemia a los pacientes que sufren de diabetes | Realice una buena toma de sangre con la debida técnica aséptica. | Con ayuda de todos los materiales como el glucómetro tirillas, lancetas, torundas de algodón, guantes Con mucho cuidado y precaución realizar este procedimiento ya que estamos en contacto directo con fluidos del paciente. | 22horas |
| 3 | Limpieza de Ulceras por Presión | Con la debida técnica de asepsia adecuada se  realiza este procedimiento | La limpieza de ulceras por presión es un procedimiento estéril el cual se realiza todos los días con el  objetivo de mejorar la vida del paciente | 20 |
| 4 | Limpieza y desinfección de habitaciones | Este procedimiento es una barrera de bioseguridad la cual puede aplicar correctamente | Realizamos esta actividad con el fin de eliminar la mayor cantidad de microrganismos presentes en el ambiente que puedan intervenir en la salud de los pacientes | 30 |
| 5 | Tendido de Cama | Realizando esta actividad continuamente la puede  perfeccionar de mejor manera | Esto lo realizamos para dar confort, limpieza y salud al paciente brindándole más comodidad | 40 |
| 6 | Cambio de Posición | Entendí que es más fácil realizarlo entre 2 personas así se tiene más cuidado y  seguridad para el paciente | Esta actividad es de suma importancia para prevenir las ulceras por presión se las realiza cada 2 horas para mejorar la circulación | 40 |
| **TOTAL DE HORAS** | | | | **192** |

**3.- Sugerencias y recomendaciones para mejorar el proceso de formación dentro de la carrera.**

*Ejemplos que deben cambiar:*

* Es necesario que el practicante revise la teoría recibida para asegurar que con la práctica resuelve las necesidades del usuario de manera efectiva
* Es necesario confiar en el papel del tutor de la entidad receptora y desarrollar la confianza para consultarles sobre los procedimientos, o inquietudes a nivel clínico o técnico.
* Es importante conocer las reglas de conducta y normas en general que tiene la entidad receptora, desde el inicio de la práctica.

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del estudiante:  Apellidos nombres  CC: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del delegado del ISTUL:  PhD. Diana Sánchez  CC: 1723435697 |
| --- | --- |

**FORMATO DVS-PPP-005**

**CARRERA DE TÉCNICO / TECNOLOGÍA SUPERIOR EN** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN DEL ESTUDIANTE POR PARTE DE LA ENTIDAD RECEPTORA**

**(Aquí debe constar la hoja de evaluación que se le entregará en la Coordinación de Carrera y deberá ser evaluada, firmada y sellada por el delegado de la Entidad Receptora)**



**FORMATO DVS-PPP-006**

**CARRERA DE TÉCNICO / TECNOLOGÍA SUPERIOR EN** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN DEL ESTUDIANTE POR PARTE DEL TUTOR ACADÉMICO DEL ISTL**

**(La Coordinación de Carrera entregará al estudiante el formato de evaluación que deberá ser evaluada, firmada y sellada por el Tutor académico ISTUL)**



**FORMATO DVS-PPP-007-A**

**AUTOEVALUACIÓN DEL ESTUDIANTE Y**

**EVALUACIÓN POR PARTE DEL TUTOR/SUPERVISOR ISTUL**

**Evaluación intermedia**

**Objetivo:** Medir cualitativamente el nivel de eficiencia en el desempeño del estudiante, a la mitad del periodo de su práctica preprofesional.

**Instrucciones:** Lea con atención las afirmaciones de la columna izquierda y responda de manera objetiva con una X en la columna correspondiente, según aplique a la realidad.

| **Apellidos y nombres del/la estudiante:** |
| --- |

|  | | **Autoevaluación del Estudiante** | | **Tutor/supervisor ISTUL** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARÁMETROS A EVALUAR** | | **Cumplo** | **Debo mejorar** | **Cumple** | **Debe mejorar** |
| 1 | He asistido puntualmente a la práctica |  |  |  |  |
| 2 | Demostré una actitud profesional en mi desempeño y en mi presentación personal |  |  |  |  |
| 3 | He cumplido con las tareas asignadas a tiempo y de manera eficiente |  |  |  |  |
| 4 | He cumplido con las normas de la entidad receptora y he acatado las indicaciones que me han dado. |  |  |  |  |
| 5 | He mostrado respeto y consideración en la atención que brindo a los usuarios. |  |  |  |  |
| 6 | Me comunique de manera objetiva, evitando ser parte de rumores o crear malos entendidos |  |  |  |  |
| 7 | He mantenido una relación de respeto con las autoridades, personal administrativo y con mis compañeros de práctica |  |  |  |  |
| 8 | Demostré capacidad para reconocer mis errores e hice lo necesario para rectificarlos |  |  |  |  |
| 9 | Demostré interés en aprender para fortalecer mi nivel de aprendizaje. |  |  |  |  |
| 10 | Tengo claro lo que, hasta aquí, he aprendido en mi práctica preprofesional |  |  |  |  |

| **Comentarios y Sugerencias:**  **(Colocar su comentario o sugerencia referente a sus prácticas, caso contrario S/N)** | |
| --- | --- |
| Firma del estudiante | Firma supervisor/tutor ISTUL |

**FORMATO DVS-PPP-007-B**

**AUTOEVALUACIÓN DEL ESTUDIANTE Y EVALUACIÓN POR PARTE DEL TUTOR DE LA ENTIDAD RECEPTORA**

**Evaluación final**

**Objetivo:** Medir cualitativamente el nivel de eficiencia en el desempeño del estudiante, a la mitad del periodo de su práctica preprofesional.

**Instrucciones:** Lea con atención las afirmaciones de la columna izquierda y responda de manera objetiva con una X en la columna correspondiente, según aplique a la realidad.

| **Apellidos y nombres del/la estudiante:** |
| --- |

|  | | **Autoevaluación del Estudiante** | | **Tutor Entidad Receptora** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARÁMETROS A EVALUAR** | | **Cumplo** | **Debo mejorar** | **Cumple** | **Debe mejorar** |
| 1 | He asistido puntualmente a la práctica |  |  |  |  |
| 2 | Demostré una actitud profesional en mi desempeño y en mi presentación personal |  |  |  |  |
| 3 | He cumplido con las tareas asignadas a tiempo y de manera eficiente |  |  |  |  |
| 4 | He cumplido con las normas de la entidad receptora y he acatado las indicaciones que me han dado. |  |  |  |  |
| 5 | He mostrado respeto y consideración en la atención que brindo a los usuarios. |  |  |  |  |
| 6 | Me comunique de manera objetiva, evitando ser parte de rumores o crear malos entendidos |  |  |  |  |
| 7 | He mantenido una relación de respeto con las autoridades, personal administrativo y con mis compañeros de práctica |  |  |  |  |
| 8 | Demostré capacidad para reconocer mis errores e hice lo necesario para rectificarlos |  |  |  |  |
| 9 | Demostré interés en aprender para fortalecer mi nivel de aprendizaje. |  |  |  |  |
| 10 | Tengo claro lo que, hasta aquí, he aprendido en mi práctica preprofesional |  |  |  |  |

| **Comentarios y Sugerencias:**  **(Colocar su comentario o sugerencia referente a sus prácticas, caso contrario S/N)** | |
| --- | --- |
| Firma del estudiante | Firma y sello Tutor Entidad Receptora |

**ANEXOS**

**Los documentos anexados deben presentarse en el siguiente orden:**

1. CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
2. REGISTRO DE ASISTENCIA
3. FOTOGRAFÍAS
4. CERTIFICADO SE ASISTENCIA A LA CHARLA DE ÈTICA

**FORMATO DVS-PPP-008**

Formato de certificado que debe entregar la Institución Receptora al estudiante

Logo y nombre de la institución receptora **(encabezado)**

**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE HORAS DE**

**PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES LABORALES**

Mediante el presente se Certifica que el señor(ita) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titular de la cédula de ciudadanía Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudiante de la carrera de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Instituto Superior Tecnológico “Libertad”, desempeñó y desarrolló las actividades y tareas programadas en el plan de aprendizaje de práctica pre-profesional en esta institución, efectuadas y concluidas en el periodo comprendido desde el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hasta el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cumpliendo un total de **96** horas.

Certificado que se expide a petición de la parte interesada en Quito a los 26 días del mes de mayo del 2022

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título, apellidos y nombres

FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN (firma electrónica en caso de tenerl)

**REGISTRO DE ASISTENCIA FORMATO DVS-PPP-009**

| **FECHA: SEMANA DEL: \_\_\_ AL \_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO: 20\_\_** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS GENERALES** | | | | |
| **APELLIDOS Y NOMBRES DEL PRACTICANTE:** | | **CÉDULA DE CIUDADANÍA:** | | |
| **Carrera:** | | | **PERIODO ACADÉMICO** abril- septiembre 2023 | |
| **ENTIDAD RECEPTORA**  Nombre de la institución donde realiza las prácticas pre profesionales | **ÁREA**  Escriba: especialidad de la institución donde se realiza las prácticas preprofesionales | | | **No. HORAS REPORTADAS**  **EN ESTA HOJA** |

| **FECHA** | **HORA ENTRADA** | **HORA SALIDA** | **TOTAL, HORAS** | **ACTIVIDAD ASIGNADA** | **FIRMA ENTIDAD RECEPTORA** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Observaciones Generales ………………………………………………………………………………………………

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PRACTICANTE ISTUL | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  TUTOR ACADÉMICO ISTUL |
| --- | --- |

**FOTOGRAFÍAS** (4 fotos por hoja)

1. Cubrir el rostro de los beneficiarios (niños, jóvenes y adultos) en cada fotografía.

2. En las fotografías debe estar el practicante.

**Foto 1. Describir la fotografía Foto 2. Describir la fotografía**



**Foto 3. Describir la fotografía Foto 4. Describir la fotografía**



**INDICACIONES:**

1. Favor respetar el orden de los formatos y no borrar el número del formato.
2. **Colocar los documentos escaneados en toda la hoja**, no se aceptan formatos con doble encabezado o documentos borrosos. DEBE CUBRIR TODA LA HOJA.
3. Las partes que están escritas con rojo debe reemplazar con la información que corresponde y cambiar a color negro.

Una vez que ha completado el informe con sus respectivas firmas, enviar el informe hasta la fecha establecida para su aprobación, al correo: [klalay2@itslibertad.edu.ec](mailto:klalay2@itslibertad.edu.ec)

**IMPORTANTE GUARDAR EL DOCUMENTO CON EL PAO AL QUE REALIZA LAS PRÁCTICAS Y CON SUS APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS**

Ejemplo: 3RO ESCOBAR SANTILLAN MARLON ESTEBAN