FOTO

( digital legible)

TAMAÑO CARNET, CON UNIFORME CORRESPONDIENTE A LA CARRERA

 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:** | **CUARTO** |
| **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 DESARROLLADAS** | **APRENDIZAJE LOGRADO** | **¿QUÉ VALOR HA DESARROLLADO CON ESTA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE?** | **TIEMPO EN HORAS** |
| 1 | Establecer unarelación enfermero-paciente con unacomunicación fluida | Aplicar unacorrectacomunicación yrespeto haciacada paciente. | Desarrolle una mejorsensibilidad y aprendizaje almomento de hablar con mipaciente | 40 horas |
| 2 | Toma y registro designos vitales de lospacientes o usuarios. | Aplicacióncorrecta de latécnica de tomade signos vitalesy el registro en elformatocorrespondiente | Desarrollé una mayorsensibilidad yresponsabilidad ante lanecesidad de los usuarios. | 20 horas |
| 3 | Diferentes tipos detendidos de cama. | Aplicacióncorrecta de lostipos detendidos decama y su uso. | Desarrolle habilidad yconocimiento en la posturael tipo y el correcto tendidode cama. | 10 horas |
|  | Ejecución del lavadode manos, medios debarrera y eliminaciónde desechos en laejecución de losprocedimientos | Aplicacióncorrecta delavado demanos, medidasde barrera ycorrectacolocación delos desechos. | Desarrolle las actividadessiempre con un buen lavadode manos y con medidas deprotección. Coloque losdesechos depende de dondeprovienen. | 10 horas |
|  | Valoración de lasmedidasantropométricas | Aplicarcorrectamente latoma de lasmedidasantropométricas. | Desarrolle la toma demedidas antropométricascorrectamente y registro enla hoja correspondiente. | 20 horas  |
|  | Valoración de lasalud emocionalcomo parte integraldel ser humanodurante el procesosalud-enfermedad | Ayudar alpaciente en todomomento parasu correctarecuperación. | Desarrolle sensiblementecada proceso para unapronta recuperación hastaque el paciente sea dado dealta | 30 horas |
|  | Participación en laaplicación delprotocolo de cirugíasegura. | Aplicarcorrectamentelos Check list yvisualizar lospasos de lacirugía. | Desarrolle el aprendizaje decirculante y el llenarcorrectamente las hojas decirugía. | 32 horas |
|  | Educación alpaciente bajorégimen dedietoterapia | Aplicar la dietay hora correcta acada pacientedepende suestado de salud. | Desarrolle la habilidad deconocer la dieta en susdiferentes cirugías. | 10 horas  |
|  | Asistencia en laalimentación alpaciente conproblemas en laingestión dealimentos | Aplicar ayuda yeducación alpaciente en sualimentación, | Desarrollar correctamente laayuda a pacientes que nopueden movilizarse. | 10 horas  |
|  | Documentación enregistros propios deenfermería | Llenarcorrectamentelas hojascorrespondientes a enfermería | Desarrollar correctamente elllenado de control deingesta y eliminación. | 10 horas |
|  | 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 nombresCC: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del delegado del ISTUL:PhD. Diana SánchezCC: 1723435697 |

**FORMATO DVS-PPP-005**

**CARRERA TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA**

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE PRÁCTICAS PREPROFESIONALES LABORALES**

**ENTIDAD RECEPTORA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Estudiante:**  | **Periodo Lectivo:**  | **Periodo Académico Ordinario:**  | **Tutor**:  |
| **Lugar de la Practica:**  | **Fecha de inicio:**  | **Fecha de finalización:**  | **Número de horas cumplidas**: 192 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Articulado a la asignatura | Actividades por realizar | Evaluacióncualitativa | Evaluación cuantitativa | Capacidades competencias, habilidades, destrezas y desempeños del perfil de egreso | Evaluación |
| Cumple | No cumple | **/10pts** |  | Cumple | No cumple |
| Salud Comunitaria | 1. Valoración de signos vitales, peso y talla, síntomas de alarma y síntomas del paciente.
 |  |  |  / 1 pt | Identifica las referencias anatómicas y los procesos fisiopatológicos del cuerpo humano para la correcta ejecución de técnicas de enfermería. |  |  |
|  |  |  / 1 pt |  |  |
| Enfermería Aplicada  | 1. Participación en el recibo y entrega de guardia.
 |  |  | / 1 pt |  |  |
| 1. Ejecución de principios de bioseguridad (lavado de manos, uso de medios de barrera, manejo de vías de eliminación)
 |  |  |  / 1 pt | Aplica procedimientos de enfermería en la atención de enfermedades agudas, crónicas y críticas que afectan las diferentes etapas del ciclo vital, a fin de fortalecer la implementación de los protocolos de atención sanitaria |  |  |
| 1. Asistencia en el equipo de salud durante la ejecución de procedimientos asépticos.
 |  |  | /1 pt |  |  |
| 1. Asistencia a pacientes durante alimentación, haciendo énfasis en los grupos prioritarios.
 |  |  | / 1 pt |  |  |
| 1. Ejecución de medidas de higiene y confort en pacientes encamados o dependientes.
 |  |  |  / 1 pt |  |  |
| 1. Aplicación de posiciones terapéuticas en pacientes, considerando sus necesidades y diagnóstico médico.
 |  |  |  / 1 pt |  |  |
| 1. Equipamiento de la Unidad Clínica.
 |  |  | /1 pt |  |  |
| 1. Asistencia en la movilización del paciente bajo el uso de dispositivos de ayuda o en bloque.
 |  |  | /1 pt |  |  |
| 1. Ejecución de limpieza y desinfección concurrente y terminal de la unidad del paciente
 |  |  | /1 pt |  |  |
| Evaluado por: TUTOR DE PRÁCTICAS PREPROFESIONALES |  Aprobado por:Msc. Amada Jácome**COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA** |

**FORMATO DVS-PPP-006**

 **CARRERA TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA**

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE PRÁCTICAS PREPROFESIONALES LABORALES**

**TUTOR ACADÉMICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Estudiante:**  | **Periodo Lectivo:**  | **Periodo Académico Ordinario:**  | **Tutor:**  |
| **Lugar de la Practica:**  | **Fecha de inicio:**  | **Fecha de finalización:**  | **Número de horas cumplidas: 192** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Articulado a la asignatura  | Actividades por realizar  | Evaluacióncualitativa  | Evaluación cuantitativa  | Capacidades competencias, habilidades, destrezas y desempeños del perfil de egreso  | Evaluación  |
| Cumple  | No cumple  | **/10pts**  |  | Cumple | No cumple |
| Salud Comunitaria | 1. Valoración de signos vitales, peso y talla, síntomas de alarma y síntomas del paciente. | **X** |  |  / 1 pt | Identifica las referencias anatómicas y los procesos fisiopatológicos del cuerpo humano para la correcta ejecución de técnicas de enfermería. | **X** |  |
| **X** |  |  / 1 pt | **X** |  |
| Enfermería Aplicada  | 2. Participación en el recibo y entrega de guardia.  | **X** |  | / 1 pt | **X** |  |
| 3. Ejecución de principios de bioseguridad (lavado de manos, uso de medios de barrera, manejo de vías de eliminación) | **X** |  |  / 1 pt | Aplica procedimientos de enfermería en la atención de enfermedades agudas, crónicas y críticas que afectan las diferentes etapas del ciclo vital, a fin de fortalecer la implementación de los protocolos de atención sanitaria | **X** |  |
| 4. Asistencia en el equipo de salud durante la ejecución de procedimientos asépticos.  | **X** |  | /1 pt | **X** |  |
| 5. Asistencia a pacientes durante alimentación, haciendo énfasis en los grupos prioritarios. | **X** |  | / 1 pt | **X** |  |
| 6. Ejecución de medidas de higiene y confort en pacientes encamados o dependientes. | **X** |  |  / 1 pt | **X** |  |
| 7. Aplicación de posiciones terapéuticas en pacientes, considerando sus necesidades y diagnóstico médico.  | **X** |  |  / 1 pt | **X** |  |
| 8. Equipamiento de la Unidad Clínica. | **X** |  | /1 pt | **X** |  |
| 9. Asistencia en la movilización del paciente bajo el uso de dispositivos de ayuda o en bloque. | **X** |  | /1 pt | **X** |  |
| 10. Ejecución de limpieza y desinfección concurrente y terminal de la unidad del paciente | X |  | /1 pt |  |  |  |
| Evaluado por: TUTOR DE PRÁCTICAS PREPROFESIONALES |  **Aprobado por:****Msc. Amada Jácome****COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**  |

**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

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

Ejemplo: 4TO MONTEVIDEO SALGADO ESTEFANO ENRIQUE