



ANEXO TÉCNICO - PLAN DE PRÁCTICAS FORMATIVAS DEL PROGRAMA DE _____

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA:

a) Institución de Educación Superior:

Correo electrónico institucional para comunicaciones o notificaciones:

b) Denominación del programa:

c) Nivel de formación del programa:

Técnico profesional:

Tecnológico:

Profesional
universitario:

Especialización:

Maestría:

Doctorado:

d) Duración de los períodos académicos del Programa: ____ semanas.

e) Duración total del programa: ____ períodos académicos.

f) Periodicidad de Admisión: Semestral ____ Anual ____ Por cohorte ____ Otras _____

g) Número de estudiantes admitidos en el primer período: _____

h) Períodos académicos del Programa en los que los estudiantes realizan prácticas formativas en escenarios con relación docencia - servicio: I__ II__ III__ IV__ V__ VI__ VII__ VIII__ IX__ X__ XI__ XII__ XIII__



II. PLAN GENERAL DE PRÁCTICAS FORMATIVAS DEL PROGRAMA:

a. Mapa de prácticas formativas del Programa

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Columna 7
PERÍODO ACADÉMICO	NOMBRE DE LA ASIGNATURA A LA QUE PERTENECE LA PRÁCTICA FORMATIVA	NOMBRE DE LA PRÁCTICA FORMATIVA O ROTACIÓN	NOMBRE DE LA SEDE DEL ESCENARIO DE PRÁCTICA (Para escenarios clínicos incluir código REPS y número de la sede según el REPS)	NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA SEDE DEL ESCENARIO DE PRÁCTICA CLÍNICO	ESTUDIANTES BENEFICIARIOS POR PRÁCTICA O ROTACIÓN PARA LA SEDE DEL ESCENARIO DE PRÁCTICA	ESTUDIANTES BENEFICIARIOS, AGRUPADOS POR PERÍODO ACADÉMICO
TOTAL, DE ESTUDIANTES DEL PROGRAMA BENEFICIARIOS DE LOS ESCENARIOS DE PRÁCTICA:						

b. Resultados de aprendizaje esperados en el Programa

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4
PERÍODO ACADÉMICO	NOMBRE DE LA ASIGNATURA A LA QUE PERTENECE LA PRÁCTICA FORMATIVA	NOMBRE DE LA PRÁCTICA FORMATIVA O ROTACIÓN	<u>RESULTADOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE DEL PROGRAMA RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA FORMATIVA O ROTACIÓN</u>



c. Consolidado del número de estudiantes en práctica simultánea por escenario y sede

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6
TIPO DE ESCENARIO DE PRÁCTICA (clínico, no clínico institucional o no institucional)	NOMBRE DEL ESCENARIO DE PRÁCTICA Y CÓDIGO SEGÚN EL REPS	NOMBRE Y NÚMERO DE LA SEDE DEL ESCENARIO DE PRÁCTICA SEGÚN REPS	UBICACIÓN DE LA SEDE (dirección, ciudad y departamento)	TOTAL DE ESTUDIANTES EN PRÁCTICA SIMULTÁNEA POR SEDE	TOTAL DE ESTUDIANTES EN PRÁCTICA SIMULTÁNEA SOLICITADOS PARA EL ESCENARIO DE PRACTICA

d. Evaluación de la calidad de las prácticas formativas:

--



[Empty rectangular box for additional information]

III. INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS, POR ESCENARIO:

Escenario de Práctica No. ____

Nombre de escenario de práctica y de la sede del escenario de práctica según el REPSS:

[Empty rectangular box for scenario name and location]

Número de Identificación Tributaria NIT del escenario de práctica:

[Empty rectangular box for NIT number]

Nombre y cargo del responsable de coordinar las prácticas formativas en el escenario:

[Empty rectangular box for coordinator name and position]

Teléfono y dirección electrónica del escenario para comunicaciones o notificaciones:

[Empty rectangular box for contact information]

Dirección, municipio y departamento donde se ubica la sede del escenario de práctica:

[Empty rectangular box for address]

a. Prácticas formativas a desarrollar, plan de delegación progresiva y estudiantes beneficiarios, por sede del escenario:

Columna 1	Columna 2	SERVICIOS HABILITADOS PARA LA PRÁCTICA (Incluir distintivos de habilitación del servicio DHS)	ACTIVIDADES PARA ASEGURAR EL LOGRO DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS PARA CADA PRÁCTICA	DELEGACIÓN PROGRESIVA			Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Columna 7	Columna 8	Columna 9
PERÍODO ACADÉMICO	NOMBRE DE LA PRÁCTICA FORMATIVA			OBSERVA O SE INFORMA (Duración en semanas)	ACTÚA GUIADO POR DOCENTE (Duración en semanas)	ACTÚA OBSERVADO POR DOCENTE (Duración en semanas)	NÚMERO MÁXIMO DE ESTUDIANTES EN PRÁCTICA SIMULTÁNEA, DISCRIMINADO POR PRÁCTICA	NÚMERO DE GRUPOS DE ESTUDIANTES QUE REALIZARÁN LA PRÁCTICA AL DÍA EN LA SEDE DEL ESCENARIO	MÁXIMO NÚMERO DE ESTUDIANTES DEL PROGRAMA QUE PUEDEN ROTAR POR LA SEDE DEL ESCENARIO EN UN DÍA, DISCRIMINADO POR PRÁCTICA	EN TOTAL, CUANTOS GRUPOS DE DIFERENTES ESTUDIANTES PUEDEN BENEFICIARSE DE LA SEDE DEL ESCENARIO A LA SEMANA	NÚMERO DE VECES QUE SE PROGRAMARÁ LA PRÁCTICA A LO LARGO DEL PERÍODO ACADÉMICO DEL PROGRAMA	MÁXIMO NÚMERO DE ESTUDIANTES BENEFICIARIOS DE LA SEDE DEL ESCENARIO, DISCRIMINADO POR PRÁCTICA	MÁXIMO NÚMERO DE ESTUDIANTES BENEFICIARIOS DE LA SEDE DEL ESCENARIO, AGRUPADOS POR PERÍODO ACADÉMICO
			1										



			2											
			3											
			4											
			1											
			2											
			3											
			4											
			1											
			2											
			3											
			4											
Columna 10. TOTAL DE ESTUDIANTES DEL PROGRAMA QUE PUEDEN SER BENEFICIADOS POR ESCENARIO:														

b. Duración de las prácticas y dedicación semanal:

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Columna 7	Columna 8
PERÍODO ACADÉMICO	NOMBRE DE LA ASIGNATURA A LA QUE PERTENECE LA PRÁCTICA FORMATIVA	NOMBRE DE LA PRÁCTICA FORMATIVA	DURACIÓN DE LA PRÁCTICA FORMATIVA EN SEMANAS	NÚMERO MÁXIMO DE ESTUDIANTES EN PRÁCTICA SIMULTÁNEA, DISCRIMINADO POR PRÁCTICA	RELACIÓN DOCENTE-ESTUDIANTES, POR PRÁCTICA FORMATIVA	HORARIO DE LA PRÁCTICA DISCRIMINADO POR GRUPOS (Discriminar horario regular y turnos)	TOTAL DE HORAS SEMANALES DE TRABAJO ACADÉMICO EN LA PRÁCTICA
					1 :		
					1 :		
					1 :		
					1 :		

Fecha de formalización del presente anexo técnico:

Día ____ Mes ____ Año ____

Firma del Decano, Director o Coordinador del Programa por parte de la Institución de Educación Superior.

Firma: _____
Nombre: _____
Cargo: _____
Teléfono móvil para contacto: _____
Dirección electrónica: _____

Firma del responsable de la coordinación de prácticas formativas en la sede del escenario de práctica:

Firma: _____
Nombre: _____
Cargo: _____
Teléfono móvil para contacto: _____
Dirección electrónica: _____

Persona responsable de la relación docencia servicio de la Institución de Educación Superior.

Nombre: _____
Cargo: _____
Teléfono móvil para contacto: _____
Dirección electrónica: _____