|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORME DE PRÁCTICAS PRE PROFESIONALES** | | | | | | | |
| **ESTUDIANTE:** | | | | **E-MAIL:** | | | |
| **CARRERA:** | | | | **CICLO:** | | | |
| **TUTOR DESIGNADO POR EL ISTMAS:** | | | | **FECHA DE ENTREGA DEL INFORME:** | | | |
| **INSTITUCIÓN DE PRÁCTICAS** | **SUPERVISOR DESIGNADO** | | | | **FECHA** | | **HORAS** |
| **INICIO** | **FIN** |
| 1. |  | | | |  |  |  |
| 2. |  | | | |  |  |  |
| **I. ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PRÁCTICAS PRE PROFESIONALES** | | | | | | | |
| Realizar un análisis del cumplimiento de las actividades descritas en el Plan de Prácticas Preprofesionales. | | | | | | | |
| **II. ACTIVIDADES PRÁCTICAS REALIZADAS** | | | | | | | |
| Describir detalladamente las actividades prácticas realizadas en la o las instituciones de acogida. Detallar el sector de la población con que trabajó, las principales problemáticas que fueron atendidas, entre otros datos de interés. | | | | | | | |
| **III. HABILIDADES DESARROLLADAS** | | | | | | | |
| Enumerar las habilidades y destrezas desarrolladas durante la realización de sus prácticas. | | | | | | | |
| **IV. IMPACTO DE LAS PRÁCTICAS PRE PROFESIONALES** | | | | | | | |
| **EN SU FORMACIÓN** | | **EN LA SOCIEDAD** | | | | | |
| Valorar cómo las prácticas pre profesionales contribuyeron a su formación. | | Describir cómo los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos durante su formación en la Carrera contribuyeron a la solución de las problemáticas de la población en las Instituciones y la comunidad. | | | | | |
| **V. PROPUESTA PARA LA MEJORA** | | | | | | | |
| Enumerar las deficiencias detectadas durante el desarrollo de las Prácticas que limita el ejercicio de la actividad con calidad o dificultades técnicas u organizativas susceptibles de ser mejoradas. | | | | | | | |
| **VI. ANEXOS** | | | | | | | |
| *Deben incluir no menos de* ***10 fotografías*** *donde se evidencie la aplicación práctica de los conocimientos, habilidades y destrezas recibidas u otras evidencias que quieran aportar. Las fotos deben ser a color y con buena calidad.*   |  |  | | --- | --- | | *Ejemplo (borrar):* |  | | Práctica de masaje terapéutico, paciente: Juan Pérez,  Spa Salud y Bienestar, noviembre 2020. |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | | | | | | | |
| Nota: Para la acreditación de las horas, además de la **Carta de Presentación y Compromiso; y, Plan de Prácticas,** deben entregar conjuntamente con este **informe** los siguientes documentos:   * **Registro de Horas Prácticas** * **Certificado de Horas Prácticas.** * **Evaluación de Prácticas**   No se admiten borrones, enmiendas ni tachaduras en ninguno de los documentos antes mencionados. | | | | | | | |
| **APROBACIÓN** | | | | | | | |
| **SUPERVISOR DESIGNADO POR LA INSTITUCIÓN DE PRÁCTICAS (1):**  Nombre y Apellidos:  Firma:  Sello: | | | **SUPERVISOR DESIGNADO POR LA INSTITUCIÓN DE PRÁCTICAS (2):**  Nombre y Apellidos:  Firma:  Sello: | | | | |
| **DOCENTE TUTOR DESIGNADO POR EL ISTMAS**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y Apellidos, firma | | | | | | | |
| **Por el Departamento de Prácticas Pre-Profesionales del ISTMAS**  Ing. Yadira Pacho Gafas    Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |