



PLAN DE PRÁCTICAS FORMATIVAS DEL PROGRAMA DE _____

(ANEXO TÉCNICO)

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 a admitir en el primer período (aprobados o propuestos para ser aprobados por registro calificado): _____

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
PERÍODO ACADÉMICO	NOMBRE DE LA ASIGNATURA A LA QUE PERTENECE LA PRÁCTICA FORMATIVA O ROTACIÓN	NOMBRE DE LA PRÁCTICA FORMATIVA O ROTACIÓN	NOMBRE DEL ESCENARIO DE PRÁCTICA (Para <u>escenarios clínicos</u> incluir, además, nombre de la sede, número de la sede y código del prestador en el REPS)	ESTUDIANTES BENEFICIARIOS POR PRÁCTICA O ROTACIÓN EN EL ESCENARIO	ESTUDIANTES BENEFICIARIOS, AGRUPADOS POR PERÍODO ACADÉMICO
TOTAL DE ESTUDIANTES BENEFICIARIOS DE LOS ESCENARIOS DE PRÁCTICA AL SERVICIO DEL PROGRAMA:					

b. Competencias profesionales y Resultados de aprendizaje esperados en el Programa

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4
PERÍODO ACADÉMICO	NOMBRE DE LA PRÁCTICA FORMATIVA O ROTACIÓN	COMPETENCIAS A DESARROLLAR POR PRÁCTICA FORMATIVA O ROTACIÓN ORIENTADAS AL LOGRO DE LOS <u>RESULTADOS DE APRENDIZAJE ESPERADOS</u>	RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEL PROGRAMA <u>RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA FORMATIVA O ROTACIÓN</u>



c. Consolidado del número de estudiantes en práctica simultánea por escenario clínico y sede (Solo aplica para escenarios clínicos)

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4
NOMBRE Y CÓDIGO DEL ESCENARIO DE PRÁCTICA CLÍNICA SEGÚN EL REPS	NOMBRE Y NÚMERO DE LA SEDE DEL ESCENARIO DE PRÁCTICA SEGÚN REPS	UBICACIÓN DE LA SEDE SEGÚN EL REPS (Departamento, municipio o distrito y dirección)	TOTAL DE ESTUDIANTES EN PRÁCTICA SIMULTÁNEA POR SEDE

d. Seguimiento y Evaluación de la calidad de las prácticas formativas:



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

Escenario de Práctica No. _____

Nombre del escenario de práctica (Para escenarios clínicos incluir código del prestador y número de la sede según el REPS):

Número de Identificación Tributaria NIT del escenario de práctica (Aplica para escenarios no clínicos institucionales):

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

Teléfono y dirección electrónica del escenario, para comunicaciones o notificaciones:

Dirección, municipio o distrito y departamento donde se ubica el escenario de práctica (Para escenarios clínicos, debe coincidir con el nombre del prestador y de la sede en el REPS):

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

Columna 1	Columna 2	PARA ESCENARIOS CLÍNICOS, REGISTRE EL NOMBRE DE LOS SERVICIOS HABILITADOS PARA EL DESARROLLO DE LA PRÁCTICA (Incluir número distintivo de habilitación del servicio DHS)	ACTIVIDADES PARA PROMOVER EL LOGRO DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS PARA CADA PRÁCTICA FORMATIVA O ROTACIÓN	DELEGACIÓN PROGRESIVA			Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Columna 7	Columna 8	Columna 9
PERÍODO ACADÉMICO	NOMBRE DE LA PRÁCTICA FORMATIVA O ROTACIÓN			OBSERVA AL PROFESOR (Duración en semanas)	ACTÚA GUIADO/ASESORADO CON ACOMPAÑAMIENTO DIRECTO DEL DOCENTE (Duración en semanas)	ACTÚA OBSERVADO CON ACOMPAÑAMIENTO DIRECTO DEL PROFESOR (Duración en semanas)	NÚMERO MÁXIMO DE ESTUDIANTES EN PRÁCTICA SIMULTÁNEA, DISCRIMINADO POR PRÁCTICA FORMATIVA O ROTACIÓN	NÚMERO DE GRUPOS DE ESTUDIANTES QUE REALIZARÁN LA PRÁCTICA O ROTACIÓN AL DÍA EN EL ESCENARIO	MÁXIMO NÚMERO DE ESTUDIANTES QUE PODRÍAN DESARROLLAR LA PRÁCTICA O ROTACIÓN POR EL ESCENARIO AL DÍA, DISCRIMINADO POR PRÁCTICA	TOTAL DE GRUPOS DE DIFERENTES ESTUDIANTES QUE PODRÍAN DESARROLLAR LA PRÁCTICA O ROTACIÓN EN EL ESCENARIO A LA SEMANA	NÚMERO DE VECES QUE SE PROGRAMARÁ LA PRÁCTICA O ROTACIÓN A LO LARGO DEL PERÍODO ACADÉMICO DEL PROGRAMA	MÁXIMO NÚMERO DE ESTUDIANTES BENEFICIARIOS DEL ESCENARIO, DISCRIMINADO POR PRÁCTICA O ROTACIÓN	MÁXIMO NÚMERO DE ESTUDIANTES BENEFICIARIOS DEL ESCENARIO, AGRUPADOS POR PERÍODO ACADÉMICO
			1										
			2										
			3										
			4										
			1										
			2										
			3										
			4										



Columna 10. TOTAL DE ESTUDIANTES DEL PROGRAMA QUE PUEDEN SER BENEFICIADOS POR EL ESCENARIO:

b. Duración y dedicación a las prácticas formativas:

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Columna 7
PERÍODO ACADÉMICO	NOMBRE DE LA PRÁCTICA FORMATIVA O ROTACIÓN	DURACIÓN DE LA PRÁCTICA FORMATIVA O ROTACIÓN <u>EN SEMANAS</u>	NÚMERO MÁXIMO DE ESTUDIANTES EN PRÁCTICA SIMULTÁNEA, DISCRIMINADO POR PRÁCTICA	RELACIÓN PROFESOR-ESTUDIANTES, POR PRÁCTICA FORMATIVA O ROTACIÓN	HORARIO DE LA PRÁCTICA DISCRIMINADO POR GRUPOS (Discriminar días de la semana, con el horario diurno y nocturno)	TOTAL DE HORAS <u>SEMANALES</u> DE TRABAJO PRESENCIAL EN LA PRÁCTICA
				1 :		
				1 :		
				1 :		
				1 :		

Fecha de formalización del presente plan de prácticas formativas:

Día ____ Mes ____ Año ____

Decano, Director o Coordinador del Programa en la Institución de Educación Superior:

Firma: _____

Nombre: _____

Cargo: _____

Teléfono móvil para contacto: _____

Dirección electrónica: _____

Responsable de la relación docencia servicio por parte de la Institución de Educación Superior:

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

Responsable de la coordinación de las prácticas formativas en el escenario *(No aplica para escenarios no institucionales)*:

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