**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

1. **Información General.**

|  |  |
| --- | --- |
| Semestre: |  |
| Período y año: |  |
| *Fecha de inicio de las prácticas:* |  |
| *Fecha Finalización de las prácticas:* |  |
| *Nombre de la Institución de práctica:*  |  |
| *Asignatura y Nombre de la Rotación:* |  |

1. **Información específica de la práctica o rotación:**
	1. Horario- turnos de la rotación o práctica:

|  |
| --- |
|  |

* 1. Docentes vinculados a la práctica:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre docente** | **Rotación o práctica** | **TCE contratado IES** | **TCE contratado IES\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. Objetivos educacionales de la rotación o la práctica:

|  |
| --- |
|  |

 **Observaciones**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Se entregan los siguientes documentos en medio digital:

* Plan de delegación progresiva de actividades por estudiante con metas por rotación.
* Hoja de vida Docente (s) que realiza (n) el seguimiento con anexos.
* Hojas de Vida Estudiantes con anexos.
* Cuadros de Rotación.
* Póliza de responsabilidad civil y ARL.
* Instrumentos de evaluación de la Relación Docencia Servicio:
* Formato de evaluación de la relación docencia-servicio para profesionales de la IPS.
* Encuesta de satisfacción de usuarios (si aplica).
* Formato de evaluación de la relación docencia-servicio para estudiantes.

**Otros documentos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Agradecemos revisar y tener en cuenta los anteriores documentos, con el fin de atender los requisitos del CODS.

Quedamos atentos a cualquier inquietud.

Para constancia se firma en Manizales a los \_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

(Nombre) Vº Bº INSTITUCIÓN

Director(a) Programa de Enfermería Relación Docencia Servicio

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Deyra Liliana Basante B. | Dirección de Aseguramiento de Calidad | Consejo de Rectoría | Agosto del 2017  |

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **ITEM** | **MODIFICACIÓN** |
|  |  |