|  |
| --- |
|  |
| **DATOS INFORMATIVOS:** |
| **NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES:** **PERÍODO ACADÉMICO:** **COHORTE:****FACULTAD: CARRERA:****SEMESTRE Y PARALELO: FECHA:** de……………………..al…………………………- **HORARIO:** **ENTIDAD RECEPTORA: HOSPITAL** **REPORTE MES:** |

|  |
| --- |
| **REPORTE SEMANA DE PRÁCTICA N°:** |
| **ACTIVIDADES REALIZADAS**  |
| **RESULTADO DE APRENDIZAJE**(del Plan de Prácticas Preprofesionales del Estudiante) | ACTIVIDADES PRÁCTICAS  |
| **PLANIFICADAS** | **NO PLANIFICADAS** |
| **ACTIVIDADES** | **REALIZADAS** | **Si la respuesta es negativa, indicar el motivo.** |
| **SI** | **NO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Nombres y Apellidos

 **LÍDER O PROFESIONAL DEL SERVICIO**

**REVISADO POR:**

Nombres y Apellidos

 **TUTOR ACADÉMICO DE**

 **PRÁCTICAS PREPROFESIONALES**

|  |
| --- |
| **REPORTE SEMANA DE PRÁCTICA N°:** |
| **ACTIVIDADES REALIZADAS**  |
| **RESULTADO DE APRENDIZAJE**(del Plan de Prácticas Preprofesionales del Estudiante) | ACTIVIDADES PRÁCTICAS  |
| **PLANIFICADAS** | **NO PLANIFICADAS** |
| **ACTIVIDADES** | **REALIZADAS** | **Si la respuesta es negativa, indicar el motivo.** |
| **SI** | **NO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Nombres y Apellidos

 **LÍDER O PROFESIONAL DEL SERVICIO**

**REVISADO POR:**

Nombres y Apellidos

 **TUTOR ACADÉMICO DE**

 **PRÁCTICAS PREPROFESIONALES**

|  |
| --- |
| **REPORTE SEMANA DE PRÁCTICA N°:** |
| **ACTIVIDADES REALIZADAS**  |
| **RESULTADO DE APRENDIZAJE**(del Plan de Prácticas Preprofesionales del Estudiante) | ACTIVIDADES PRÁCTICAS  |
| **PLANIFICADAS** | **NO PLANIFICADAS** |
| **ACTIVIDADES** | **REALIZADAS** | **Si la respuesta es negativa, indicar el motivo.** |
| **SI** | **NO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Nombres y Apellidos

 **LÍDER O PROFESIONAL DEL SERVICIO**

**REVISADO POR:**

Nombres y Apellidos

 **TUTOR ACADÉMICO DE**

 **PRÁCTICAS PREPROFESIONALES**

 (Añadir tablas según el número de semanas)

**OBSERVACIONES:**

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **ESTUDIANTE** | **FIRMA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Nombres y Apellidos

 **LÍDER O PROFESIONAL DEL SERVICIO**

**REVISADO POR:**

Nombres y Apellidos

 **TUTOR ACADÉMICO DE**

 **PRÁCTICAS PREPROFESIONALES**