**FICHA 1. NECESIDADES DE ESTUDIANTES EN PRÁCTICAS**

|  |
| --- |
| **1. Información General** |
| **DEPENDENCIA SOLICITANTE** | **(Ej. Secretaría de Salud)**  |
| **RESPONSABLE DEL ÁREA SOLICITANTE – TUTOR DEL PRACTICANTE** | **(Ej. NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE EN EL ÁREA SOLICITANTE)** |
| **CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO** | **(E-MAIL DEL RESPONSABLE)**  |
| **TELÉFONO DE CONTACTO** |   |
| **No DE ESTUDIANTES REQUERIDOS / MODALIDAD** | **PRÁCTICA**  |  | **JUDICATURA** |  |
| **DURACIÓN DE LA PRÁCTICA**  |   |
| **OBJETIVO DE LA PRACTICA** |  |
| **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES A REALIZAR** |   |
| **INSTITUCION EDUCATIVA** | **\_\_\_\_ UNIAUTONOMA \_\_\_\_ U. SERGIO ARBOLEDA****\_\_\_\_ U. LIBRE**  |
| 1. **Perfil requerido del practicante**
 |
| **NIVEL DE FORMACIÓN** | **TENICO PROFESIONAL/ TECNOLÓGICO/ PROFESIONAL** |
| **PROGRAMA ACADÉMICO** | **(Ej. Ingeniería de sistemas o afines, ingeniería electrónica, ingeniería mecánica, etc.)****Puede registrar varios programas académicos que se ajusten a las necesidades de la plaza de práctica.)**  |
| **COMPETENCIAS COMPLEMENTARIAS REQUERIDAS. EJ.: EXCEL, WORD, POWER POINT, IDIOMA, ETC.** | **(Ej. Programación en R y Stata, manejo de office, etc)** |

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

Firma

Nombre:

Jefe de la Dependencia

**2. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE ASPIRANTES**

|  |
| --- |
| **1. Información General** |
| **NOMBRE DEL ESTUDIANTE** |   |
| **PROGRAMA ACADÉMICO** | **(Ej. Ingeniería de sistemas o afines, ingeniería electrónica, ingeniería mecánica, etc. )****Puede registrar varios programas académicos que se ajusten a las necesidades de la plaza de práctica.)**  |
| **DEPENDENCIA SOLICITANTE** |  |
| **RESPONSABLE DEL ÁREA SOLICITANTE** | **(Ej. NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE EN EL ÁREA SOLICITANTE)** |
| **CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO** | **(E-MAIL DEL RESPONSABLE)**  |
| **TELÉFONO DE CONTACTO** | **(Ej. 4893900 ext XXXX)**  |
| **MODALIDAD** | **PRÁCTICA**  |  | **JUDICATURA** |  |
| **DURACIÓN DE LA PRÁCTICA**  | **(Hasta 5 meses prácticas laborales ordinarias) / (Hasta 12 meses para judicaturas)**  |
| 1. **Criterios de selección de aspirantes**
 |
| **PROMEDIO ACADEMICO** | **40%** | **DESCRIPCIÓN:** |
| **ENTREVISTA CON TUTOR** | **30%** |
| **PRUEBA PSICOTECNICA**  | **30%** |
| **TOTAL** | **100%** |

## 3. ACTA DE INICIO DE PRÁCTICA

|  |
| --- |
| **VINCULACIÓN FORMATIVA : PRÁCTICAS UNIVERSITARIAS** |
| **Número de Resolución:** |  | **Del Año:** |  |
| **Dependencia:**  |  |
| **Nombre del practicante:** |  |
| **Institución de Educación Superior** |  |
| **Objetivo de la práctica** |  |
| **Duración** | **( ) MESES** |
| **Tutor de práctica:** |  |

El **(DÍA)** del **(MES)** de **(AÑO)**, se reunieron en la ciudad de (**XXX**), los suscritos, a saber: **(NOMBRE DEL TUTOR)** identificado con **(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** No. (**XXX**), en su condición de tutor del practicante **(NOMBRE DEL PRACTICANTE)** , identificado(a) con **(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** No. (**XXX**), en su calidad de estudiante vinculado formativamente a las prácticas universitarias en la Alcaldia Distrital de Barranquilla en la **(NOMBRE DE LA DEPENDENCIA)**, con el fin de dar inicio a la ejecución de la vinculación formativa.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de **(XXX),** el **(día)** del **(mes)** de **(año).**

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

Firma

**(NOMBRE DEL TUTOR)**

**(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** No.  **XXX**

**(NOMBRE DE LA DEPENDENCIA)**

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

Firma

**(NOMBRE DEL PRACTICANTE)**

**(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** No.  **XXX**

**(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR)**

##

## FICHA 4. FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DEL PLAN DE PRÁCTICA

**(Puede ajustarse su forma o adicionar el contenido que se considere necesario)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres completo del practicante** |  |
| **Documento de identidad del practicante** |  | **Email del practicante** |  |
| **Institución de Educación Superior** |  | **Programa académico** |  |
| **Nombre del supervisor** |  | **Email del supervisor** |  |
| **Dependencia donde desarrollará la práctica** |  | **Municipio** |  |
| **Nombre del tutor** |  | **Email del tutor** |  |
| **Modalidad de práctica** | **Práctica**  |  | **Judicatura** |  |
| **Duración de la práctica** |  | **Fecha de inicio**  |  |

|  |
| --- |
| **Objetivo general de la práctica:** |
| **Actividades y cronograma para el desarrollo de la práctica:****(Detalle de actividades a desarrollar)** |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma**(NOMBRE DEL TUTOR)****(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** No.  **XXX**  **(NOMBRE DE LA DEPENDENCIA)****ALCALDÍA DE BARRANQUILLA** | Firma**(NOMBRE DEL SUPERVISOR)****(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** No.  **XXX (NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR)** |
| Firma**(NOMBRE DEL PRACTICANTE)****(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** No.  **XXX****(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR)** |

## FICHA 5. FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORME FINAL DE PRÁCTICA UNIVERSITARIA

|  |
| --- |
| **ASPECTOS GENERALES DE LA VINCULACIÓN FORMATIVA** |
| **VINCULACIÓN FORMATIVA: (NOMBRE DEL ACTO ADMINISTRATIVO - EJ. “RESOLUCIÓN NÚMERO XXX DE XXX”)** |
| **NOMBRE DEL PRACTICANTE:** |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | **CORREO ELECTRÓNICO:** |
| **DIRECCIÓN:** | **TELÉFONO:** |
| **NOMBRE DEL TUTOR:** |  | **CORREO ELECTRÓNICO:** |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** |  | **CORREO ELECTRÓNICO:** |
| **OBJETIVO DE LA PRÁCTICA:** |
| **DURACIÓN DE LA PRÁCTICA: ( ) meses** |
| **Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA** | **Fecha de finalización: DD/MM/AAAA** |
| **INTERRUPCIÓN Y/O TERMINACIÓN ANTICIPADA:** **(INDICAR EL TIEMPO DE INTERRUPCIÓN DE LA PRÁCTICA, SI APLICA)** |
| **CONCEPTO SUPERVISOR Y TUTOR**El tutor y el supervisor de práctica hacen constar que el practicante CUMPLIO (\_\_\_\_) INCUMPLIO (\_\_\_\_) con el objeto de la práctica y demás obligaciones de la vinculación formativa, como consta en los seguimientos e informes realizados |
| **CONSTANCIA DE ENTREGA DE BIENES DEVOLUTIVOS POR PARTE DEL PRACTICANTE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tenía Bienes a cargo** | **Devolución** | **Verificación** |
| **SI** |  | **SI** |  | **Tutor:** | Firma: |
| **NO** |  | **NO** |  |

 |
| **OBSERVACIONES****(INCLUIR CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL)** |
| **FIRMA RESPONSABLES** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(NOMBRE DEL TUTOR)****TUTOR DE PRÁCTICA****(NOMBRE DE LA DEPENDENCIA)** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(NOMBRE DEL SUPERVISOR)****SUPERVISOR DE PRÁCTICA****(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR)** |
| **FECHA:** |