|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre de Supervisor de la práctica profesional :** | | |
| **Datos de Contacto: Correo: Teléfono:** | | |
| **Sitio de Práctica** | **Nombre de Proyecto de Práctica**: | **Fecha de Retroalimentación:** |
| **Director** |  | |
| **Co directores** |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Criterios** | **Apreciaciones** | **Calificación (0 a 5)** |
| **1. Aportes en la institución a partir del Proyecto de Práctica que se está desarrollando.** |  |  |
| **2. Existe el uso efectivo de estrategias de visibilización del proyecto.** |  |  |
| **3. ¿Existe y Cómo se realiza el acompañamiento del equipo docente?** |  |  |
| **4. ¿Existe cumplimiento de los compromisos?** |  |  |
| **5. ¿Existe articulación entre el perfil del psicólogo que se requiere para la institución y la labor que los estudiantes en práctica se encuentran desarrollando?** |  |  |
| **6. ¿Cómo se percibe el posicionamiento del rol de estudiante en práctica profesional?** |  |  |

|  |
| --- |
| Observaciones y / o Recomendaciones: |

Firma de Supervisor:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE ELABORACIÓN** | | | |
|  | **ELABORADO POR:** | **REVISADO** **POR:** | **APROBADO POR:** |
| **CARGO:** | Coordinadora de Prácticas de Psicología | Asesor de Calidad | Directora Departamento de Psicología |
| **NOMBRE:** | María Fernanda Figueroa | Jenny Luna E | Sonia Betancourt |
| **FIRMA:** |  |  |  |
| **FECHA:** | 2013-11-18 | 2013-11-18 | 2013-11-18 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONTROL DE CAMBIOS** | | |
| **VERSIÓN No.** | **FECHA DE APROBACIÓN** | **DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO** |
| 1 | 2013-11-18 | Creación del Documento |