

INFORME DE ACTIVIDADES

RENOVACIONES DE CONTRATOS

El presente formulario se aplicará para las **extensiones de contratos de todos los grados docentes de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Facultad de Medicina**

Deberá venir acompañado de:

- La firma del Director de Carrera o Encargado de Área, en la parte que dice Informe del Director o Encargado de Área, solicitando la renovación del contrato.
- Es obligación de los docentes presentar información veraz y fidedigna de lo actuado en el periodo.
- Se enviará este informe con las firmas correspondientes al e-mail de Secretaría de la EUTM (secsecreteutm@gmail.com).
-

1. Identificación General:

NOMBRE Y APELLIDO

NÚMERO DE FUNCIONARIO

FECHA DE INGRESO A FAC. MED.

DENOMINACIÓN DEL CARGO

NÚMERO DE CARGO

GRADO

HORAS SEM.

CARRERA O ÁREA

LUGAR DE DESEMPEÑO FUNCIONES

PERÍODO INFORMADO

10/2021-9/2022

2. Actividades a informar dentro del período que finaliza:

Enseñanza		Llene el espacio
	Enseñanza de grado	Unidad/es curricular/es a su cargo
	Enseñanza de posgrado	Cursos dictados
	Otros	
	Tutorías de	

	monografías	
	Tutoría de proyectos estudiantiles.	
Investigación	Participación en proyectos de Investigación financiados	Nombre del Proyecto Nombre del investigador responsable Fecha de inicio y de finalización Organismo financiador
	Proyectos de investigación concursados, aprobados pero no financiados .	Título del proyecto, Nombre del investigador responsable Fecha de inicio y de finalización Organismo que no ha otorgado la financiación.
	Proyectos de investigación no financiados , no aprobados	Título del proyecto, Nombre del investigador responsable Fecha de inicio y de finalización Organismo que no ha otorgado la financiación ni la aprobación.
	Otros	
Extensión	Cursos realizados	Título Nombre del Docente responsable Fecha de inicio y de finalización
	Participación en proyectos	Título del proyecto, Nombre del responsable Fecha de inicio y de finalización
	Actividades en el medio realizadas	Título del proyecto, Nombre del responsable Fecha de inicio y de finalización
	Otros	
Asistencia	Lugar de Práctica Técnico Profesional Grado y Postgrado	Nombre del Servicio (hospitalario o extra hospitalario) Espacio de Participación (policlínicas, grupos de trabajo, etc.) Número de estudiantes a su cargo Número de Grupos de Estudiantes a su cargo Número de personas con las que trabaja (especificar según corresponda al tipo de tarea educación / prevención / clínica con pacientes)

	Tareas asistenciales	Reuniones de equipo Reuniones de padres, reuniones con grupos de usuarios (etc.) Elaboración de Informes de pacientes. Informes de anuales de actuación Tareas de evaluación.
	Tareas de formación de otros recursos humanos	Interfases con otras formaciones (carreras, facultades, etc.)
	Otros.	
	Participación en equipos multidisciplinares	Reuniones de Equipo Tareas asignadas
Participación en eventos	Asistente	Charla, ateneo, mesa redonda, debate, seminario, Simposio, etc. (Especifique). Título del evento, fecha, lugar.
	Organizador	Charla, ateneo, mesa redonda, debate, seminario, Simposio, etc. (Especifique). Denominación. Título del evento, fecha, lugar.
	Expositor	Charla, ateneo, mesa redonda, debate, seminario, simposio, etc. (Especifique). Título del evento, fecha, lugar. Tema de la exposición
Publicaciones. Indicar en todos los casos: - título de la publicación -autores	De: -carácter docente -campo disciplinar específico -disciplina relacionada con la salud. Otros	Trabajos publicados en revistas arbitradas
- nombre de la revista o libro - año - volumen - número de páginas.	De: -carácter docente -campo disciplinar específico -disciplina relacionada con la salud. Otros	Trabajos publicados en revistas no arbitradas

-coautores	De: -carácter docente -campo disciplinar específico -disciplina relacionada con la salud. Otros	Capítulos de libros o libros publicados.
Además de su tarea docente desarrolla actividades en	Su campo disciplinar específico	
	Otra disciplina relacionada con la salud	
	Otros	
Becas o pasantías (indique fecha, lugar, organismo financiador)	A nivel nacional	
	A nivel internacional	
Cursos de perfeccionamiento.	a- Docente b-Campo disciplinar c-Otros	a-Nombre del curso Institución organizadora Duración- Créditos Fecha b- Nombre del curso Institución organizadora Duración- Créditos Fecha c- Nombre del curso Institución organizadora Duración- Créditos Fecha
Premios		
Actividades de cogobierno		Órgano Comisión (nombre) Carácter (titular o alternativo) Frecuencia (semanal-mensual-etc.) Período.
Actividades de Gestión. (especifique)		
Otras actividades		

3. PROYECTO DE MEJORA PARA EL PRÓXIMO PERÍODO

AUTOEVALUACIÓN

Elementos para la autoevaluación

a-Puntualidad y asistencia a clase. 1- 2- 3- 4- 5

b- Nivel de cumplimiento. 1- 2- 3- 4- 5

c- Actitud y valores en interacción con los estudiantes. 1- 2- 3- 4- 5

d- Actitud y valores en interacción con docentes y funcionarios. 1- 2- 3- 4- 5

e- La motivación/interés por enseñar. 1- 2- 3- 4- 5

f- Responsabilidad. 1- 2- 3- 4- 5

g-Desarrollo de la docencia. 1- 2- 3- 4- 5

-Capacidad de motivación. 1- 2- 3- 4- 5

-Estrategias didácticas, métodos pedagógicos empleados. 1- 2- 3- 4- 5

-Planificación y organización de la asignatura y de las clases. 1- 2- 3- 4- 5

-Proceso de tutoría y acompañamiento de los aprendizajes con los estudiantes.

1- 2- 3- 4- 5

- Elaboración y renovación del material didáctico. 1- 2- 3- 4- 5

- Actualización en conocimiento y metodologías. 1- 2- 3- 4- 5

- Cumplimiento de metas académicas. 1- 2- 3- 4- 5

- Cumplimiento de metas administrativas (actas, informes, evaluaciones, etc.

1- 2- 3- 4- 5

- Compromiso con la Institución (participación en actividades colectivas de la asignatura, de la Carrera, de la Institución, de la Universidad, otros.

1- 2- 3- 4- 5

Correlación de números :

(1) Insuficiente

(2) Regular

(3) Bueno

(4) Muy bueno

(5) Excelente

FIRMA DEL DOCENTE

ACLARACIÓN

INFORME DEL DIRECTOR O ENCARGADO DE ÁREA

Sugiere su renovación en la renovación de contrato (Si o No):

Especifique y fundamente lo decidido:

FIRMA DEL DIRECTOR
O ENCARGADO ÁREA

ACLARACIÓN