**Anejo 1**

|  |
| --- |
|  |
| **PLAN DE TRABAJO ANUAL DEL** **CENTRO DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS EDUCATIVAS**  |
| **Escuela: Código:** **Oficina Regional Educativa: Municipio:** **Nivel: Grados:** **Correo electrónico: Teléfono:**  |
| **Preparado por:**  **Nombre del director Firma Fecha** |

**PLAN DE TRABAJO ANUAL DEL CENTRO DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS EDUCATIVA**

**Página 2**

1. **Introducción**

|  |
| --- |
|  |

1. **Visión del Programa de Experiencias Clínicas Educativas**

|  |
| --- |
| Contribuir significativamente al desarrollo personal, académico y profesional de los candidatos, mediante el enriquecimiento de su oferta formativa al proveer escenarios educativos reales para efectuar la experiencia clínica educativa. |

1. **Misión del Programa de Experiencias Clínicas Educativas**

|  |
| --- |
| Unir, en un esfuerzo común, al Programa de Experiencias Clínicas Educativas y las Instituciones de Educación Superior para que todos los candidatos tengan la posibilidad de insertarse en la experiencia clínica educativa en forma colaborativa, contextualizada y significativa. |

**PLAN DE TRABAJO ANUAL DEL CENTRO DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS EDUCATIVAS**

**Página 3**

1. **Capital humano**

| **Núm.** | **Nombres y apellidos** (director del centro, maestro cooperador, consejero cooperador o director cooperador) | **Número de TAL o empleado** | **D-CENTRO** | **D-COOP** | **M-COOP** | **C- P COOP** | **¿Certificado de cooperador vigente?** | **Fecha vence certificado de cooperador****día/mes/año** | **Especialidad o materia** | **Grados** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sí** | **No** |
| **1.**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Plan de acción**

|  |  |
| --- | --- |
| **Área**  | **Administración y gestión del Programa de Experiencia Clínicas Educativas**  |
| **Objetivo**(¿Cuáles son las necesidades que atenderé? ¿Qué quiero lograr? ¿Cuándo? ¿Qué? ¿Quién? ¿Cómo?) |  |

| **Núm.** | **Actividades / Tareas** | **Indicadores de progreso y logros (cuantitativos o cualitativos)** | **Fecha de inicio** | **Fecha de terminación** | **Personal responsable** | **No iniciado** | **En progreso** | **Completado** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PLAN DE TRABAJO ANUAL DEL CENTRO DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS EDUCATIVAS**

**Página 4**

|  |  |
| --- | --- |
| **Área** | **Apoyo y seguimiento a los cooperadores** |
| **Objetivo**(¿Cuáles son las necesidades que atenderé? ¿Qué quiero lograr? ¿Cuándo? ¿Qué? ¿Quién? ¿Cómo?) |  |

| **Núm.** | **Actividades / Tareas** | **Indicadores de progreso y logros (cuantitativos o cualitativos)** | **Fecha de inicio** | **Fecha de terminación** | **Personal responsable** | **No iniciado** | **En progreso** | **Completado** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Área** | **Apoyo y seguimiento a los candidatos**  |
| **Objetivo**(¿Cuáles son las necesidades que atenderé? ¿Qué quiero lograr? ¿Cuándo? ¿Qué? ¿Quién? ¿Cómo?) |  |

| **Núm.** | **Actividades / Tareas** | **Indicadores de progreso y logros (cuantitativos o cualitativos)** | **Fecha de inicio** | **Fecha de terminación** | **Personal responsable** | **No iniciado** | **En progreso** | **Completado** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PLAN DE TRABAJO ANUAL DEL CENTRO DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS EDUCATIVAS**

**Página 5**

|  |  |
| --- | --- |
| **Área** | **Colaboración y comunicación con el Programa de Experiencias Clínicas Educativas del nivel central y las IES**  |
| **Objetivo**(¿Cuáles son las necesidades que atenderé? ¿Qué quiero lograr? ¿Cuándo? ¿Qué? ¿Quién? ¿Cómo?) |  |

| **Núm.** | **Actividades / Tareas** | **Indicadores de progreso y logros (cuantitativos o cualitativos)** | **Fecha de inicio** | **Fecha de terminación** | **Personal responsable** | **No iniciado** | **En progreso** | **Completado** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Nota general**

* El Plan de trabajo anual del Centro de Experiencias Clínicas Educativas, debidamente cumplimentado, se enviará junto con el informe semestral correspondiente al primer semestre a más tardar el 31 de octubre al correo electrónico: PECE@de.pr.gov o la mano con acuse de recibo.