**Anejo 4**

**INFORME SEMESTRAL DE LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR PÚBLICAS Y PRIVADAS**

**IES: Recinto: Municipio:**

**Nombre del coordinador de experiencias clínicas educativas de la IES:**

**Correo electrónico: Teléfono: Extensión:**

**Programa de preparación de candidatos a:**

**🞏 maestros 🞏 consejeros profesionales 🞏 directores de escuela 🞏 trabajadores sociales 🞏 otro:**

**AÑO ACADÉMICO: SEMESTRE: 🞏 PRIMERO 🞏 SEGUNDO**

| **Núm.** | **Nombre completo del candidato** | **Últimos cuatro digitos del Seguro Social** | **Candidato a:** | | | | **Materia** | **Nivel o grado** | **Aprobó el curso de experiencia clínica educativa** | | **¿Es candidato a graduación en junio?** | | **Ruta de preparación de maestros** | | **Nombre del Centro de Experiencias Clínicas Educativas** | **Código del centro** | **Nombre maestro cooperador** | **Número de TAL o empleado del cooperador** | **Nombre del supervisor** | **Correo electrónico del supervisor** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D** | **CP** | **M** | **Otro** | **Sí** | **No** | **Sí** | **No** | **T** | **A** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**INFORME SEMESTRAL DE LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR PÚBLICAS Y PRIVADAS**

**Página 2**

| **Núm.** | **Nombre completo del candidato** | **Últimos cuatro dígitos del Seguro Social** | **Candidato a:** | | | | **Materia** | **Nivel o grado** | **Aprobó el curso de experiencia clínica educativa** | | **¿Es candidato a graduación en junio?** | | **Ruta de preparación de maestros** | | **Nombre del Centro de Experiencias Clínicas Educativas** | **Código del centro** | **Nombre maestro cooperador** | **Número de TAL o empleado del cooperador** | **Nombre del supervisor** | **Correo electrónico del supervisor** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D** | **CP** | **M** | **Otro** | **Sí** | **No** | **Sí** | **No** | **T** | **A** |
| **8.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Certifico correcto:**

**Nombre del coordinador Firma Fecha**

**Notas generales:**

* Marcar con una equis (X) en los espacios que corresponda.
* En la columna de “Ruta de preparación de maestro” marque “T”, si es ruta tradicional y “A”, si es alterna.
* El coordinador debe:
  + cumplimentar y certificar este informe,
  + enviar al Programa de Experiencias Clínicas Educativas del DEPR al correo electrónico: [PECE@de.pr.gov](mailto:PECE@de.pr.gov) o la mano con acuse de recibo.
* Fecha límite para ser recibido en el nivel central: primer semestre – a más tardar el 15 de diciembre / segundo semestre – a más tardar el 15 de mayo.

*SELLO INSTITUCIONAL*