

**PLAN DE TRABAJO DEL ESTUDIANTE**

**Nombres y Apellidos del Director**

**Director Licenciatura en Nombre de la Carrera**

**Facultad de Ciencias Administrativas**

**Universidad de Guayaquil.**

**Ciudad.-**

Yo, ***APELLIDOS Y NOMBRES*** con C.I. # **0912345678** en calidad de **Estudiante / Malla Culminada** del **SEPTIMO**  semestre, Jornada **MATUTINA** de la Carrera **NOMBRE DE LA CARRERA**, periodo lectivo   
**2025-2026C1** de la **Facultad de Ciencias Administrativas**, al realizar mis actividades prácticas pre profesionales en modalidad **(Presencial o Teletrabajo),** en la empresa **“EMPRESA”,** representada legalmente por el **APELLIDOS Y NOMBRES DEL REPRESENTANTE LEGAL**, y encontrándose en la fase de reactivación de sus operaciones declaro: ***Que conozco y leído el protocolo de bioseguridad de la empresa* “EMPRESA” *de acuerdo a las directrices contempladas en la GUÍA Y PLAN GENERAL PARA EL RETORNO PROGRESIVO Y SEGURO A LAS ACTIVIDADES LABORALES PRESENCIALES- MTT6-003[Versión 7.0]-2021.***

**Desempeñando las siguientes funciones:**



**Las herramientas informáticas a utilizar para el desarrollo de sus actividades de prácticas pre profesionales laborales o pasantías son:**

* Microsoft Office 365

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

**Mi Horario de Prácticas Pre Profesionales son los siguientes: (se debe indicar el horario)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODALIDAD** | **LUNES HORARIO** | **MARTES HORARIO** | **MIERCOLES HORARIO** | **JUEVES HORARIO** | **VIERNES HORARIO** | **SABADO HORARIO** | **DOMINGO JORNADA** |
| **PRESENCIAL** |  |  |  |  |  | **- X -** | **- X -** |
| **VIRTUAL** | **- X -** | **- X -** | **- X -** | **- X -** | **- X -** | **- X -** | **- X -** |

**Para establecer la fecha de inicio y fin se debe tomar en cuenta que en total son 240 horas.**

* Para el caso de **prácticas pre-profesionales** son mínimo 4 horas y máximo 8 horas diarias sin superar las 40 horas en la semana.
* Para el caso de **pasantías** son mínimo 4 horas y máximo 6 horas diarias sin superar las   
  30 en la semana.

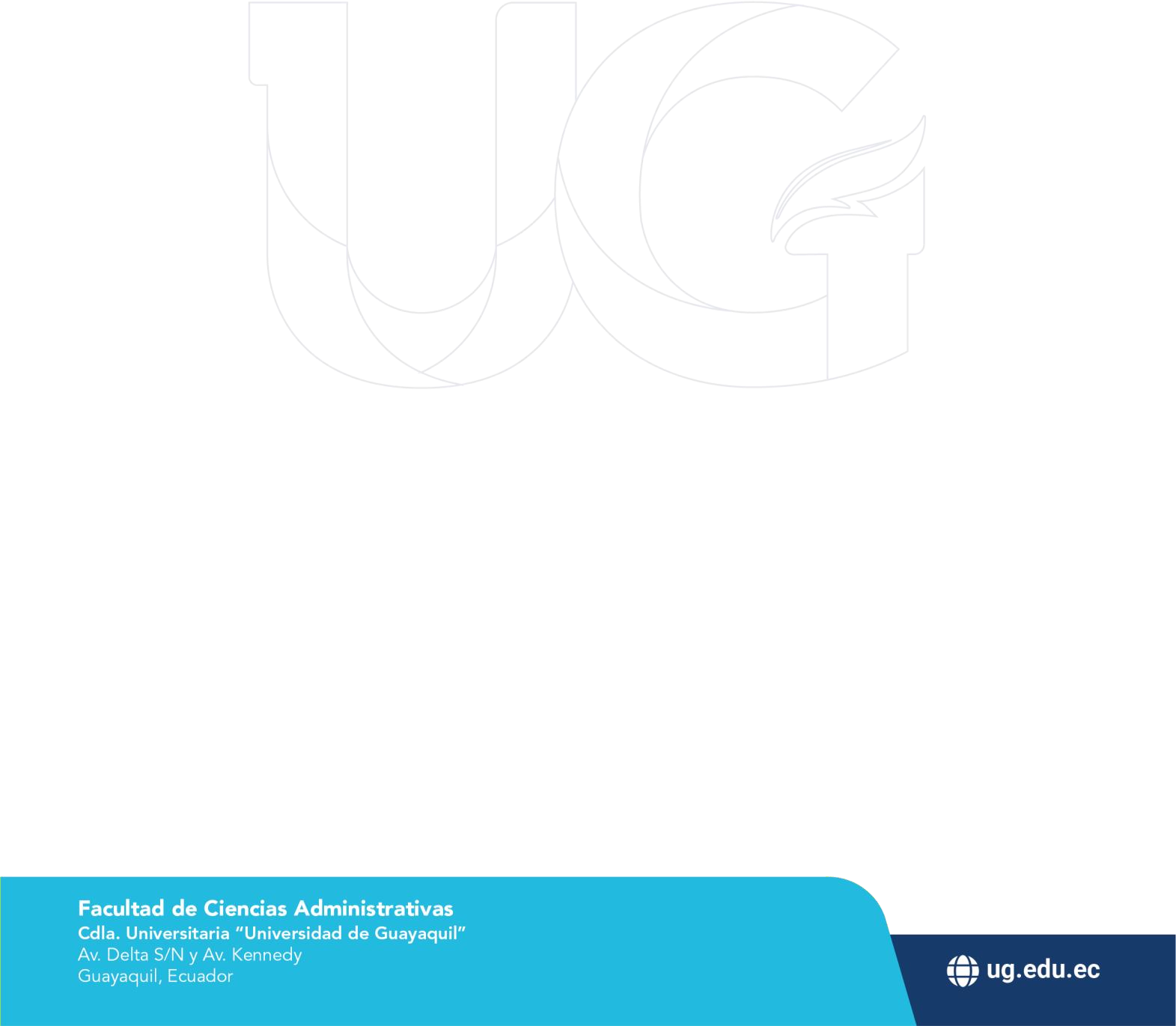
|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de Inicio de las practicas:** | Día/Mes/Año |
| **Fecha de Finalización de las practicas:** | Día/Mes/Año |

**El funcionario de la empresa quien supervisará mis actividades prácticas será:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numero de Cedula** |  |
| **Apellidos y Nombres** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Departamento (Área en que trabaja)** |  |
| **Cargo que ocupa en la empresa** |  |
| **Numero de Celular** |  |

**Atentamente**

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA Nombres y Apellidos de la estudiante**  **Estudiante** | **FIRMA**  **Nombres y Apellidos del Supervisor**  **Supervisor Institucional** |
| **FIRMA Nombres y Apellidos del Gestor de Practicas**  **Gestor de Practicas Pre Profesionales Carrera** | |

***El estudiante y el supervisor institucional deben firmar este documento y enviarlo en formato PDF por correo electrónico al menos 72 horas antes del inicio de las prácticas. Esto permitirá que el gestor lo revise y apruebe a tiempo.***