# CARTA DE VALIDACIÓN DE AYUDANTÍA - DOCENTE/PROFESIONAL

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA CARTA

Estimado/a docente / profesional:

Esta carta tiene por objetivo respaldar la solicitud de reconocimiento de aprendizajes previos (RAP en adelante) de un/a estudiante que ha realizado ayudantías o tutorías en su curso con foco en el manejo disciplinar. Agradecemos su colaboración completando la siguiente información de forma precisa y veraz.
Por favor, complete todos los campos requeridos y firme el documento.

**Importante:**

* Esta carta debe ser adjuntada por el/la estudiante en el formulario de solicitud RAP en formato PDF o imagen.
* Si requiere más información o tiene dudas, puede escribir a: **cat@uct.cl**

Gracias por su valioso apoyo en este proceso de reconocimiento.

## I. DATOS DE LA O EL SOLICITANTE (ESTUDIANTE)

| Nombre |   |
| --- | --- |
| Primer Apellido |   |
| Segundo Apellido |   |
| RUT (o número de identificación) |   |
| Dígito Verificador |   |

## II. ANTECEDENTES DE LA O EL DOCENTE/PROFESIONAL RESPONSABLE

| Nombre |   |
| --- | --- |
| Primer Apellido |   |
| Segundo Apellido |   |
| RUT (o número de identificación) |   |
| DV (Dígito Verificador) |   |
| Facultad / TEC / Bachiller / Otro |   |
| Carrera (si aplica) |   |
| Correo electrónico institucional |   |
| Teléfono de contacto |   |
| Vinculación | ☐ Docente planta adjunta☐ Docente planta permanente☐ Docente planta part time☐ Otro  |

## III. ANTECEDENTES DE LA ACTIVIDAD

| Tipo de actividad (pueden marcarse varios): | ☐ Apoyo al docente en cátedra☐ Apoyo a actividades de terreno☐ Trabajo con pares primer año☐ Trabajo con pares seminario de investigación☐ Trabajo con pares en cátedra y talleres☐ Trabajo con pares en laboratorios☐ Otra (especificar) |
| --- | --- |
| Nombre del curso |   |
| Sección |   |
| Cantidad de estudiantes (detallar si hay más de una sección) |   |
| Fecha de inicio (dd/mm/aaaa) |   |
| Fecha de término (dd/mm/aaaa) |   |
| Total de horas semanales |   |

Descripción breve de las actividades principales realizadas (Debe evidenciar las 28 horas de trabajo **disciplinar**):

|  |
| --- |

## IV. EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS

Valore el desarrollo de las competencias, siendo:

1 = No logrado | 2 = Logro parcial | 3 = Logro adecuado | 4 = Logro sobresaliente

| Competencia | 1 | 2 | 3 | 4 | Observaciones (opcional) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Comunicación efectiva en diferentes modalidades | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |   |
| Integración tecnológica en diseño, evaluación y retroalimentación | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |   |
| Innovación para el aprendizaje estudiantil | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |   |

## V. FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

| Nombre completo |   |
| --- | --- |
| Firma |   |
| Fecha |   |