

	ACTA DE RESPONSABILIDAD DE LA PRÁCTICA LABORAL COMPLEMENTARIA	Código: F-PGC-PM-14
		Versión: 03
		Página: 1 de 3

ACTA DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, actuando en nombre propio y como aprendiz de CEDENORTE en el programa de _____, desarrollado en la sede de _____; dejo constancia:

1. Que conozco el manual de convivencia y el reglamento de prácticas de CEDENORTE, los cuales establecen que después de aceptado el sitio de prácticas no puedo renunciar a la rotación, que debo hacer uso adecuado de los bienes y servicios que la institución me ofrece y contribuir al óptimo funcionamiento, al desarrollo y a la adecuada prestación de los mismos.
2. Igual me comprometo a no realizar, colaborar, promover o participar en actividades fraudulentas o actos que saboteen los procesos académicos de la práctica laboral complementaria y administrativos de CEDENORTE, o de la institución a la cual sea asignado (a) para mi práctica laboral complementaria. En los casos de fraude, demostrada la falta, la puntuación que se impondrá en la evaluación respectiva será CERO (0).
3. También me comprometo a responder por la totalidad de los daños que pueda ocasionar, de manera voluntaria o involuntaria, en bienes materiales, equipos o insumos de propiedad de CEDENORTE o de las Instituciones con las cuales el Plantel Educativo actualmente tenga convenio docente – asistencial vigente o en las cuales me encuentre realizando mi proceso de práctica laboral complementaria.
4. A su vez me comprometo a no apoderarme de bienes de propiedad de CEDENORTE o de las instituciones con las cuales existan obligaciones docente – asistencial vigentes, de cualquiera de los miembros de la comunidad educativa, o de quienes se encuentren realizando una actividad promovida o relacionada con la institución, o atentar contra el buen nombre y prestigio de la institución, de lo contrario, responderé en primera instancia a los valores adeudados sin que esto desconozca las repercusiones académicas y disciplinarias.
5. Soy consciente que cuando no pueda cumplir con un cuadro de rotación por incapacidad o cualquier otro motivo debo dirigirme a la Coordinación de práctica para solicitar la cancelación de rotación, se aclara que, si no es por enfermedad o casos de fuerza mayor, el aplazamiento dará lugar a que usted deba pagar el valor de las horas asignadas para que sea nuevamente concedida la rotación ya que se dará como perdida por inasistencia.
6. Me comprometo a realizar reporte de horas cada mes, los últimos (Jueves, viernes y sábado) y donde también puedo resolver mis inquietudes
7. Me comprometo hacerme responsable por el pago de la rotación de práctica, cada mes que no venga hacer reporte de horas, y esta me aparezca como no competente
8. Me comprometo a reportar a coordinación de prácticas cuando termine mi rotación completa, antes de que comience el mes siguiente, de lo contrario me hare responsable del pago de esa rotación.
9. Reconozco la importancia de portar todos implementos que el sitio de rotación me exija. Si no los posee no podré ingresar a dicho espacio.

Elaboró: Dirección de Prácticas	Revisó: Rector	Aprobó: Jurídico
Nombre: Marcela Loaiza Garcés	Nombre: Robinson Darío Campiño Zapata	Nombre: Paola Alexandra Betancur
Fecha: 08/07/2020	Fecha: 08/07/2020	Fecha: 08/07/2020

10. Recuerde que por disposiciones de los Convenios Docencia - Servicio y sus anexos técnicos, entre los campos de práctica y la institución, usted debe presentarse a cada sitio de rotación con el UNIFORME DE PRÁCTICAS y la identificación institucional, (Carné) en caso de no poder cumplir con este requisito deberá solicitar la cancelación de rotación.
11. Conozco que por NINGUN MOTIVO puedo comenzar las prácticas, si de coordinación no me han dado la carta de presentación institucional, que me confirme que mis prácticas han sido matriculadas y por ende estoy cubierto por la ARL, de lo contrario me hare responsable por cualquier tipo de accidente que ocurra en el sitio de práctica, y la perdida de las horas de rotación.
12. Conozco que coordinación de práctica me asignara hasta 2 entrevistas en diferentes empresas, si no acepta por cualquier motivo, cancela la entrevista sin una justificación valida o no pasa proceso de selección, usted deberá buscar sus prácticas.
13. Si necesitaran alguna información sobre:
Coordinación prácticas salud Fulmar Andrés Álvarez 6046007 ext. 110
 falvarez@cedenorte.edu.co
Dirección de Prácticas Marcela Garcés 6046007 ext. 171 mgarcés@cedenorte.edu.co
 Es de anotar que todo aprendiz sin inducción no puede asistir al sitio de rotación asignado y debe solicitar cita para que su caso sea analizado por la Coordinación de Prácticas.
14. Recuerde que La institución en ningún caso se quedara con documentos del aprendiz, toda información que se le dé, todo registro de horas que usted realice y cualquier tipo de novedad deberá quedar registrada en el observador de su Q10, siempre al radicar documentos saque copia por si en cualquier momento requiere hacer un redamo.
15. Conozco que en caso de presentarse un accidente debo remitirme a la institución de salud dentro de las 24 horas siguientes a la ocurrencia del accidente; seguidamente debo presentarme e a la Coordinación de Prácticas para diligenciar el REPORTE DE ACCIDENTE LABORAL con la copia de todos los soportes de la atención que le sea brindada en la Institución de Salud.
16. Es de obligatorio cumplimiento llevar una carpeta con todos los formatos de prácticas y documentos legales como:
 - a. Fotocopia del documento de identidad **(todos los programas)**
 - b. Fotocopia del certificado de la EPS (Régimen contributivo o subsidiado) **todos los programas)**
 - c. Fotocopia del carnet de vacunas, obligatorias para poder iniciar rotación. **(veterinaria y salud)**
 - d. Fotocopia del certificado de la ARL.
 - e. Hoja de vida del Q10, incluyendo perfil ocupacional **(todos los programas)**
 - f. Fotocopia del documento de identidad (salud y veterinaria)
 - g. Certificado médico actualizado (salud y veterinaria)
 - h. Certificado del curso de RCP (Enfermería)
 - i. Certificado de anticuerpo +10 (Enfermería)
 - j. Formatos de prácticas 1 paquete.

Elaboró: Dirección de Prácticas	Revisó: Rector	Aprobó: Jurídico
Nombre: Marcela Loaiza Garcés	Nombre: Robinson Darío Campiño Zapata	Nombre: Paola Alexandra Betancur
Fecha: 08/07/2020	Fecha: 08/07/2020	Fecha: 08/07/2020

	ACTA DE RESPONSABILIDAD DE LA PRÁCTICA LABORAL COMPLEMENTARIA	Código: F-PGC-PM-14
		Versión: 03
		Página: 3 de 3

Nota: dichos documentos deben ser entregados en cada sitio de práctica.

16. Las prácticas institucionales de CEDENORTE se desarrollan como PASANTÍA, nunca como CONTRATO DE APRENDIZAJE, pues la institución no cuenta con convenio SENA.

Maneje bien la información y siempre en caso de cualquier duda aclararla directamente con los funcionarios de la institución.

En constancia de todo lo anterior este documento es firmado en la ciudad de Bello – Antioquia a los (____) días del mes de _____ del año (____).

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ D.I. _____

CELULAR: _____

CORREO _____

Elaboró: Dirección de Prácticas	Revisó: Rector	Aprobó: Jurídico
Nombre: Marcela Loaiza Garcés	Nombre: Robinson Darío Campiño Zapata	Nombre: Paola Alexandra Betancur
Fecha: 08/07/2020	Fecha: 08/07/2020	Fecha: 08/07/2020