## ANEXO 6. FORMATO CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA PRACTICA LABORAL

**(Este modelo contiene la información mínima que debe ser reportada, por lo tanto puede ajustarse su forma o adicionar el contenido que se considere necesario)**

Ciudad, fecha

**Señores**

**ESTADO JOVEN: PRÁCTICAS LABORALES EN EL SECTOR PÚBLICO**

**(ENTIDAD PÚBLICA DONDE FUE SELECCIONADO EL ESTUDIANTE)**

**(NOMBRE DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN)**

**(CIUDAD)**

**REF:** aceptación de práctica del estudiante **(NOMBRE DEL ESTUDIANTE)** – Programa de incentivos para las prácticas laborales “Estado Joven”.

El/la estudiante **(NOMBRE DEL/LA ESTUDIANTE)** con (**TIPO DE DOCUMENTO)** **No. XXX** de (LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO)**,** cursa **XXX** semestre del programa académico **XXX** (registro SNIES **XXX**), del nivel de formación **(UNIVERSITARIO/ TÉCNOLÓGICO/ TÉCNICO PROFESIONAL/ NORMALISTA SUPERIOR**

El/la estudiante se postuló a la plaza de práctica N° **XXX** en **(NOMBRE DE LA ENTIDAD PÚBLICA QUE OFERTA LA PLAZA)** y fue seleccionado, por lo tanto la **(NOMBRE DE LA IES)** certifica que:

* Las actividades contempladas en la plaza de práctica **No. XXX** están acordes a los requerimientos del programa académico.
* Se **avala** la realización de la práctica en la **(NOMBRE DE LA ENTIDAD PÚBLICA)** por un periodo de (**XXX)** meses.

En virtud de lo anterior, la **(NOMBRE DE LA IES)** se compromete a:

* El supervisor de esta práctica es **(NOMBRE DEL SUPERVISOR ASIGANDO)** identificado con **(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD) N° (XXXXXXXXX),** telefono de contacto **(XXXXXX)** y correo electrónico (**XXX)**, quien se encargará de: i) acompañar el desarrollo de la práctica laboral en la entidad pública, ii) revisar y aprobar el plan de práctica laboral elaborado por el practicante, iii) avalar los informes presentados por el practicante para el reconocimiento del auxilio de práctica y iv) informar a la Institución de Educación Superior y la Caja de Compensación Familiar, cualquier situación que afecte el normal desarrollo de la práctica laboral.

Firma y sello

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre Director (a) de Prácticas, decano o director de escuela encargado de las prácticas laborales**

**Nombre Institución de Educación Superior**

**(Teléfono)**

**(Correo electrónico)**

## ANEXO 8. MODELO VINCULACIÓN FORMATIVA PARA PRÁCTICAS LABORALES ORDINARIAS

**(Este modelo contiene la información mínima que debe ser reportada, por lo tanto puede ajustarse su forma o adicionar el contenido que se considere necesario)**

**(NOMBRE DE LA ENTIDAD)**

**RESOLUCION NÚMERO DE (XXXXX)**

**( )**

Por la cual se hace una vinculación formativa

**EL (JEFE DE LA ENTIDAD O PERSONA DELEGADA)**

En ejercicio de sus facultades legales y en especial las que le confiere el parágrafo 1° del artículo 13 de la Ley 1780 de 2016, la sección 7 del capítulo 1° del Título 6 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1072 de 2015, y

**C O N S l D E R A N D O:**

Que el artículo 54 de la Constitución Política de 1991, dispone que es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. También señala que el Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar.

Que el artículo 13 de la Ley 1780 de 2016 dispone que *“El Gobierno Nacional, a través del Ministerio del Trabajo y el Departamento Administrativo de la Función Pública, desarrollará y reglamentará una política que incentive, fomente y coordine los programas de jóvenes talentos, orientados a que jóvenes sin experiencia puedan realizar prácticas laborales, judicatura y relación docencia de servicio en el área de la salud, en las entidades públicas, las cuales contarán como experiencia para el acceso al servicio público (…)”.*

Que el parágrafo 1 del artículo 13 de la Ley 1780 de 2016, dicta que *“En caso de realizar en el sector público la práctica laboral, judicatura o relación docencia de servicio en el área de la salud, las entidades públicas podrán realizar la vinculación formativa del practicante y no será obligatorio celebrar convenios con la Institución Educativa, salvo en los casos en que la Institución Educativa lo solicite en el marco de la autonomía universitaria.”*

Que el parágrafo 3 del artículo 13 de la Ley 1780 de 2016, señala que *“A través del Mecanismo de Protección al Cesante y con cargo al FOSFEC, podrá financiarse práctica laboral, judicatura y relación docencia de servicio en el área de la salud como mecanismo para que los jóvenes adquieran experiencia laboral relacionada a su campo de estudio”.*

Que el inciso 2 del artículo 15 de la Ley 1780 de 2016, consagra que *“por tratarse de una actividad formativa, la práctica laboral no constituye relación de trabajo”.*

Que el Sección 7 del Capítulo 1 del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, reglamenta: (i) los lineamientos que permiten hacer uso de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante – FOSFEC para financiar practica laboral, judicatura y relación docencia de servicio en el área de la salud, y (ii) la seguridad social de los estudiantes que hagan parte de los programas de incentivo para las prácticas laborales y judicatura en el sector público.

Que mediante Resolución 4566 de 2016, el Ministerio del Trabajo reguló la operación del programa de incentivos para las prácticas laborales en el sector público.

Que la entidad **(NOMBRE DE LA ENTIDAD PÚBLICA)** cuenta con una plaza de **PRÁCTICA LABORAL ORDINARIA (NÚMERO DE LA PLAZA DE PRÁCTICA)** con las siguientes actividades principales:

**(ACTIVIDADES INCLUIDAS EN LA PLAZA DE PRÁCTICA PUBLICADA EN EL SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO)**

Que la entidad **(NOMBRE DE LA ENTIDAD PÚBLICA)** se presentó para participar como escenario de práctica, del programa de prácticas laborales en el sector público- Estado Joven, liderado por el Ministerio del Trabajo y el Departamento Administrativo de la Función Pública, registrando la plaza de práctica antes mencionada.

Que en el marco de este programa, se realizó un proceso de publicación de la plaza de práctica **(NÚMERO DE LA PLAZA DE PRÁCTICA)**, de preselección y selección del practicante, producto del cual fue escogido el estudiante **(NOMBRE DEL ESTUDIANTE)**, identificado con **(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** N° **(XXX).**

Que **(NOMBRE DEL ESTUDIANTE**) es estudiante del programa **(NOMBRE DEL PROGRAMA ACADÉMICO)** de la Institución de Educación Superior **(NOMBRE DE LA IES),** emitida por la **(NOMBRE DE LA IES)**.

Que para el programa de incentivos de las prácticas laborales en el sector público, la Caja de Compensación Familiar **(NOMBRE DE LA CCF)** y con cargo a los recursos del FOSFEC, será la encargada del pago del auxilio formativo y de la afiliación y cotización a los subsistemas de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales del practicante.

Que en mérito de lo expuesto,

**R E S U E L V E:**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Vincular formativamente al estudiante **(NOMBRE DEL ESTUDIANTE)**, identificado con **(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** N° **(XXX)**, en la práctica laboral ordinaria **(NÚMERO Y NOMBRE DE LA PLAZA DE PRÁCTICA)**, ubicada en la dependencia **XXX** de esta entidad pública, de conformidad con lo previsto en la parte motiva de la presente Resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Designar como tutor de la práctica laboral ordinaria a la que se refiere la presente Resolución, a **( NOMBRE DE LA PERSONA DESIGNADA DE LA DEPENDENCIA DONDE SE REALIZARÁ LA PRÁCTICA),** quien deberá cumplir con todas las obligaciones que le correspondan, en el marco de lo estipulado por el programa “Estado Joven: prácticas laborales en el sector público”.

**ARTÍCULO TERCERO.-** La duración de la práctica laboral ordinaria y por lo tanto de la vinculación formativa, es de **(XXXX)** meses, contados a partir de la suscripción del acta de inicio.

**ARTÍCULO CUARTO.**- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su comunicación.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en **(CIUDAD)**, a los

**EL (JEFE DE LA ENTIDAD O PERSONA DELEGADA)**

**(NOMBRE DE LA ENTIDAD PÚBLICA)**

*Aprobó:*

*Revisó:*

*Proyectó:*

## ANEXO 10. REPORTE DE INFORMACIÓN PARA AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

**(Este modelo contiene la información mínima que debe ser reportada, por lo tanto puede ajustarse su forma o adicionar el contenido que se considere necesario)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de la plaza de práctica** |  |
| **Nombre de la entidad pública** |  |
| **NIT de la entidad pública** |  |
| **Ciudad** |  |
| **Nombres y apellidos del practicante** |  |
| **Documento de identidad del practicante** |  |
| **Objetivo de la práctica** |  |
| **Actividades que ejecutará el practicante** |  |
| **Lugar de desarrollo de la práctica** |  |
| **Riesgo que corresponde a las actividades de la práctica** |  |
| **Horario de la práctica** | **Dia** | **Hora inicio** | **Hora salida** | **Dia** | **Hora inicio** | **Hora salida** |
| **Lunes** |  |  | **Viernes** |  |  |
| **Martes**  |  |  | **Sábado** |  |  |
| **Miercoles** |  |  | **Domingo** |  |  |
| **Jueves** |  |  | **Total horal semanales** |  |

**(Para prácticas laborales ordinarias la intensidad horaria para tiempo completo será máximo de 38 horas semanales y para medio tiempo máximo 19 horas)**

**(JEFE DE TALENTO HUMANO)**

**(ENTIDAD PÚBLICA)**

## ANEXO 11. FORMULARIO DE ADHESIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de la plaza de práctica** |  |
| **Ciudad** |  | **Fecha** | DD | MM | AAAA |
| **DATOS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR** |
| **Nombre de la CCF** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NIT** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dirección**  |  |
| **Correo electrónico**  |  |
| **Teléfono Fijo** |  |
| **Celular** |  |
| **DATOS DEL PRACTICANTE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres y Apellidos** |  |
| **Tipo de documento** | **T.I.\*** |  | **C.C** |  | **Número de identificación** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dirección de residencia** |  |
| **Correo electrónico**  |  |
| **Celular** |  |
| **Ciudad de nacimiento**  |  | **Fecha de nacimiento** | DD | MM | AAAA |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institución de Educación Superior**  |  | **Ciudad de la IES** |  |
| **Programa académico** |  | **Duración del programa** | semestres | **Semestre que cursa** |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL SUPERVISOR DE PRÁCTICA** |
| **Nombre del supervisor** |  |
| **Correo electrónico**  |  |
| **Celular** |  |
| **DATOS DE LA PRÁCTICA LABORAL** |
| **Nombre de la entidad pública** |  |
| **Dirección** |  |
| **Vinculación formativa**  | **(NOMBRE DEL ACTO ADMINISTRATIVO - EJ. “RESOLUCIÓN NÚMERO XXX DE XXX”)** |
| **Objetivo de la práctica** |  |
| **Modalidad de práctica** | Práctica laboral ordinaria |  |
| **Duración de la práctica** | ( ) **Meses** | **intensidad horaria** | **Tiempo completo** |  | **Medio tiempo** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Horarios**  | **Dia**  | **Hora inicio** | **Hora salida** | **Dia** | **Hora inicio** | **Hora salida** |
| **Lunes** |  |  | **Viernes** |  |  |
| **Martes**  |  |  |  |  |  |
| **Miercoles** |  |  |  |  |  |
| **Jueves** |  |  | **Total horal semanales** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Auxilio de práctica**  | **$** ( ) **Mensual** |
| **Nombre del tutor** |  |
| **Correo electrónico del tutor** |  |
| **Celular del tutor** |  |

\*Si el practicante es menor de edad se debe adjuntar autorización para realizar la práctica laboral.

**(NOMBRE DEL PRACTICANTE)**, identificado con **(TIPO DE DOCUMENTO)** número **(NÚMERO DE DOCUMENTO)**, quien en adelante se denomina **“EL PRACTICANTE”**, manifiesto mi voluntad autónoma, libre y espontánea de vincularme a **ESTADO JOVEN: PRÁCTICAS LABORALES EN EL SECTOR PÚBLICO,** regido por las disposiciones contenidas en los artículos 13, 15, 16 y 17 de la Ley 1780 de 2016, la sección 7 del capítulo 1 del título 6 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1072 de 2015, la Resolución 4566 de 2016, el manual operativo del programa y los términos de la convocatoria, manifiesto que:

1. Entiendo que **ESTADO JOVEN: PRÁCTICAS LABORALES EN EL SECTOR PÚBLICO** es financiado con recursos del Fondo de Solidaridad y Fomento al Empleo y Protección al Cesante, en el marco de lo establecido por la Ley 1780 de 2016, el la sección 7 del capítulo 1 del título 6 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 4566 de 2016 del Ministerio del Trabajo.
2. Entiendo que el programa ESTADO JOVEN, a través de la plaza de práctica **(NÚMERO DE LA PLAZA DE PRÁCTICA),** es un mecanismo para obtener experiencia laboral relacionada con el programa de educación superior **(PROGRAMA ACADÉMICO DEL PRACTICANTE)** de la Institución de Educación Superior **(NOMBRE DE LA IES)**.
3. Entiendo que la práctica laboral es una actividad formativa desarrollada en mi calidad de estudiante, durante un tiempo determinado, en un ambiente laboral real, con supervisión y sobre asuntos relacionados con mi área de estudio o desempeño y mi tipo de formación; para el cumplimiento de un requisito para culminar estudios u obtener un título que me acreditará para el desempeño laboral. Y que por tratarse de una actividad formativa, la práctica laboral **NO** constituye relación de trabajo.
4. Entiendo que me obligo a:
	1. Presentar la totalidad de la documentación solicitada por la **Caja de Compensación Familiar**, según dispone el Manual Operativo del **PROGRAMA ESTADO JOVEN: PRÁCTICAS LABORALES EN EL SECTOR PÚBLICO.**
	2. Asistir puntualmente a las clases durante los períodos de enseñanza acorde a mi tipo de formación y conforme a las directroces de la IES, en caso de que adelante clases de manera concurrente a la práctica laboral.
	3. Someterme a cumplir los reglamentos y normas establecidas por la respectiva IES.
	4. Adelantar las actividades formativas pactadas en el plan de práctica, con toda diligencia y aplicación, para lograr el mayor rendimiento en mi educación.
	5. Desarrollar las actividades de práctica, durante el horario y duración establecido para el mismo, todo en cumplimiento de la carta de aceptación de práctica emitida por la IES y el plan de práctica.
	6. Proporcionar la información necesaria para que la Caja de Compensación Familiar, en el marco de lo dispuesto por la Sección 7 del Capítulo 1 del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, me afilie a los subsistemas de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales.
	7. Responder por los elementos de práctica laboral, de cualquier clase, que se me asignen para la realización de la misma o para el mejor desarrollo de ésta, así como por los daños que por mi culpa, descuido o negligencia ocasione a la Entidad pública- escenario de práctica y devolverlos en el estado recibido, salvo las afectaciones propias del uso necesario para adelantar la práctica laboral.
	8. Presentar mensualmente a la CCF los informes de práctica laboral, con el visto bueno del supervisor y el tutor.
	9. Presentar a la CCF el informe final de práctica laboral, con el visto bueno del Supervisor y el tutor.
	10. Hacer uso de los elementos de protección personal correspondientes a la práctica que realizo.
	11. Procurar el cuidado integral de la salud en la práctica laboral, por tanto notificaré a la entidad pública-escenario de práctica, la ocurrencia de aquellas contingencias de salud que me impidan acudir a la práctica laboral.
	12. Mantener estricta reserva y confidencialidad sobre la información que conozca por causa o con ocasión de la práctica laboral.
5. Entiendo que la AGENCIA DE GESTIÓN Y COLOCACIÓN DE EMPLEO DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**:**
6. Con cargo los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante “FOSFEC”, al que se refiere la Ley 1780 de 2016 y el Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo y la Resolución 4566 de 2016, me entregará en mi condición de PRACTICANTE, mediante **(ESTABLECER EL MECANISMO DE PAGO)**, el auxilio monetario mensual para la práctica, equivalente a **(VALOR MENSUAL DEL AUXILIO DE PRÁCTICA)**, previa presentación del informe mensual de práctica laboral, con el visto bueno del supervisor y el tutor.
7. Con cargo a los mismos recursos, realizará las cotizaciones mensuales a los subsistemas de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales.
8. **Entiendo que** por tratarse de una actividad formativa, la práctica laboral no constituye relación de trabajo alguna con las entidades que hacen parte o se vinculen al programa Estado Joven.
9. **Entiendo que** el auxilio terminará en la fecha prevista como terminación de la vinculación formativa establecida por la ENTIDAD PÚBLICA-ESCENARIO DE PRÁCTICA mediante acto administrativo (XXX).
10. **Certifico** que conozco el manual operativo del programa y me acojo a todas sus disposiciones.

Manifiesto libremente que he procedido a la lectura total y cuidadosa del contenido de este documento y acepto y me obligo a todo lo aquí indicado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EL PRACTICANTE

C.C.

## ANEXO 12. ACTA DE INICIO DE PRÁCTICA

**(Este modelo contiene la información mínima que debe ser reportada, por lo tanto puede ajustarse su forma o adicionar el contenido que se considere necesario)**

|  |
| --- |
| **VINCULACIÓN FORMATIVA – PROGRAMA ESTADO JOVEN: PRÁCTICAS LABORALES EN EL SECTOR PÚBLICO** |
| **Número de Resolución:** |  | **Del Año:** |  |
| **Entidad pública:** |  |
| **Nombre del practicante:** |  |
| **Institución de Educación Superior** |  |
| **Objetivo de la práctica** |  |
| **Duración** | **( ) MESES** |
| **Tutor de práctica:** |  |

El **(DÍA)** del **(MES)** de **(AÑO)**, se reunieron en la ciudad de (**XXX**), los suscritos, a saber: **(NOMBRE DEL TUTOR)** identificado con **(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** No. (**XXX**), en su condición de tutor del practicante **(NOMBRE DEL PRACTICANTE)** , identificado(a) con **(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** No. (**XXX**), en su calidad de estudiante vinculado formativamente en el marco del programa de incentivo a las prácticas laborales en el sector público “Estado Joven”, con el fin de dar inicio a la ejecución de la vinculación formativa

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de **(XXX),** el **(día)** del **(mes)** de **(año).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**(NOMBRE DEL TUTOR)**

**(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** No.  **XXX**

**(NOMBRE DE LA ENTIDAD PÚBLICA)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**(NOMBRE DEL PRACTICANTE)**

**(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** No.  **XXX**

**(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR)**

## ANEXO 13. FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DEL PLAN DE PRÁCTICA

**(Este modelo contiene la información mínima que debe ser reportada, por lo tanto puede ajustarse su forma o adicionar el contenido que se considere necesario)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres completo del practicante** |  |
| **Documento de identidad del practicante** |  | **Email del practicante** |  |
| **Institución de Educación Superior** |  | **Programa académico** |  |
| **Nombre del supervisor** |  | **Email del supervisor** |  |
| **Entidad pública escenario de práctica** |  | **Municipio** |  |
| **Nombre del tutor** |  | **Email del tutor** |  |
| **Caja de Compensación Familiar** |  |
| **Modalidad de práctica** | **Práctica laboral ordinaria**  |  |
| **Duración de la práctica** |  | **Fecha de inicio**  |  |

|  |
| --- |
| **Objetivo general de la práctica:** |
| **Actividades y cronograma para el desarrollo de la práctica:****(Detalle de actividades a desarrollar, en coherencia con las planteadas en la postulación de la plaza)** |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma**(NOMBRE DEL TUTOR)****(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** No.  **XXX**  **(NOMBRE DE LA ENTIDAD PÚBLICA)** | Firma**(NOMBRE DEL SUPERVISO)****(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** No.  **XXX**  **(NOMBRE DE LA IES)** |
| Firma**(NOMBRE DEL PRACTICANTE)****(TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** No.  **XXX****(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR)** |

## ANEXO 14. FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES PARCIALES

**(Este modelo contiene la información mínima que debe ser reportada, por lo tanto puede ajustarse su forma o adicionar el contenido que se considere necesario)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres completo del practicante** |  |
| **Documento de identidad del practicante** |  |
| **Institución de Educación Superior** |  |
| **Programa académico** |  |
| **Entidad pública donde desarrolla la práctica** |  |
| **Caja de Compensación Familiar** |  |
| **Objetivo general de la práctica** |  |
| **Duración de la práctica** | ( ) meses |
| **Número de informe** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDADES DEL PLAN DE PRÁCTICA** | **% DE CUMPLIMIENTO**  | **PRODUCTO ENTREGADO**  | **OBSERVACIONES**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

APRUEBAN

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(NOMBRE DEL TUTOR)****TUTOR DE PRÁCTICA****(NOMBRE DE LA ENTIDAD PÚBLICA)** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(NOMBRE DEL SUPERVISOR)****SUPERVISOR DE PRÁCTICA****(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR)** |
| **(NOMBRE DEL PRACTICANTE)****PRACTICANTE****(NOMBRE DE LA ENTIDAD PÚBLICA)** |  |

## ANEXO 15. FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORME FINAL DE PRÁCTICA LABORAL

**(Este modelo contiene la información mínima que debe ser reportada, por lo tanto puede ajustarse su forma o adicionar el contenido que se considere necesario)**

|  |
| --- |
| **ASPECTOS GENERALES DE LA VINCULACIÓN FORMATIVA** |
| **VINCULACIÓN FORMATIVA: (NOMBRE DEL ACTO ADMINISTRATIVO - EJ. “RESOLUCIÓN NÚMERO XXX DE XXX”)** |
| **NOMBRE DEL PRACTICANTE:** |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | **CORREO ELECTRÓNICO:** |
| **DIRECCIÓN:** | **TELÉFONO:** |
| **NOMBRE DEL TUTOR:** |  | **CORREO ELECTRÓNICO:** |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** |  | **CORREO ELECTRÓNICO:** |
| **OBJETIVO DE LA PRÁCTICA:** |
| **DURACIÓN DE LA PRÁCTICA: ( ) meses** |
| **Fecha de Inicio:****DD/MM/AAAA** | **Fecha terminación inicial:****DD/MM/AAAA** |
| **INTERRUPCIÓN:** **(INDICAR EL TIEMPO DE INTERRUPCIÓN DE LA PRÁCTICA, SI APLICA)** |
| **TERMINACIÓN ANTICIPADA:** **(INDICAR LA FECHA EN LA QUE SE SUSCRIBE LA TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PRÁCTICA, SI APLICA)** |
| **CONCEPTO SUPERVISOR (ES) Y/O INTERVENTOR (ES) (35)**El tutor y el supervisor de práctica, hacen constar que el practicante CUMPLIO (\_\_\_\_) INCUMPLIO (\_\_\_\_) con el objeto de la práctica y demás obligaciones de la vinculación formativa, como consta en los informes, y ejecutó el mismo en un porcentaje del % |
| **CONSTANCIA DE ENTREGA DE BIENES DEVOLUTIVOS POR PARTE DEL PRACTICANTE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tenía Bienes a cargo** | **Devolución** | **Verificación** |
| **SI** |  | **SI** |  | **Tutor** | Firma: |
| **NO** |  | **NO** |  |

 |
| **OBSERVACIONES****(INCLUIR CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL, COMPLEMENTARIA Y RELEVANTE QUE SE CONSIDERE NECESARIA Y NO ESTÉ INCLUIDA EN EL FORMATO, SI APLICA)** |
| **FIRMA RESPONSABLES** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(NOMBRE DEL TUTOR)****TUTOR DE PRÁCTICA****(NOMBRE DE LA ENTIDAD PÚBLICA)** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(NOMBRE DEL SUPERVISOR)****SUPERVISOR DE PRÁCTICA****(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR)** |
| **FECHA:** |

## ANEXO 16. CERTIFICACIÓN DE PRÁCTICA LABORAL

**(Este modelo contiene la información mínima que debe ser reportada, por lo tanto puede ajustarse su forma o adicionar el contenido que se considere necesario)**

**EL (COORDINADOR/ JEFE/ DIRECTOR/) DEL (GRUPO/ OFICINA/ DEPARTAMENTO) DE TALENTO HUMANO DEL (NOMBRE DE LA ENTIDAD PÚBLICA ESCENARIO DE PRÁCTICA)**

**HACE CONSTAR:**

Que el (la) estudiante **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** identificado (a) con **(TIPO DE DOCUMENTO)** No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, culminó satisfactoriamente su práctica laboral en el marco del programa “Estado Joven”, realizada en la **(NOMBRE DE LA ENTIDAD PÚBLICA ESCENARIO DE PRÁCTICA)**

desde el **(FECHA DE INICIO)** hasta el **(FECHA DE FINALIZACIÓN)** desempeñando las siguientes actividades:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En cumplimiento de lo establecido por el artículo 64 de la Ley 1429 de 2010, modificado por el artículo 18 de la Ley 1780 de 2016, para los empleos que requieran título de profesional o tecnológico o técnico y experiencia, **será tenida en cuenta la experiencia laboral adquirida en prácticas laborales**, contratos de aprendizaje, judicatura, relación docencia de servicio del sector salud, servicio social obligatorio o voluntariados.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, a los \_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_).

Cordialmente,

**XXXXXXX XXXXX**

**(COORDINADOR/ JEFE/ DIRECTOR)** **(GRUPO/ OFICINA/ DEPARTAMENTO)** Grupo de Talento Humano.

## ANEXO 17. REPORTE DE NOVEDADES

**(Este modelo contiene la información mínima que debe ser reportada, por lo tanto puede ajustarse su forma o adicionar el contenido que se considere necesario)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL PRACTICANTE** |  |
| **ENTIDAD PÚBLICA ESCENARIO DE PRÁCTICA** |  |
| **CIUDAD** |  | **Fecha** | DD | MM | AAAA |
| **TIPO DE ENTIDAD QUE REPORTA LA NOVEDAD** | Entidad pública |  | **NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REPORTA LA NOVEDAD:** |
| Institución de Educación Superior |  |
| Caja de Compensación Familiar |  |
| **TIPO DE NOVEDAD** | Cambio de tutor  |  | **ENTIDAD A LA QUE REMITE EL REPORTE:** |
| Cambio de supervisor |  |
| Incapacidad y/o licencia |  |
| Interrupción de actividades |  |
| Terminación extraordinaria |  |
| Otro |  |
| **DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD** |  |
| **FIRMA DE QUIEN REPORTA LA NOVEDAD** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(NOMBRE)****(CARGO)****(ENTIDAD A LA QUE PERTENECE)** |