siga CALIDAD – SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL – SENA	Formato Planeación, Seguimiento y Evaluación Etapa Productiva

1. INFORMACIÓN GENERAL

Regional:	Valle del Cauca	Centro de Formación:	CGTS
Programa de Formación:	Técnico en integración de Operaciones Logísticas - TIOL	No. de Ficha:	2207347

Datos del Aprendiz	Nombre:	Daniel David Medina Rangel
	Identificación:	1005.704.942
	Teléfono:	324-6336458
	E-mail:	FAfitalmedina@gmail.com
	Alternativa registrada en SOFIA plus	Relación de aprendizaje / Contrato de aprendizaje
Ente Coformador	Razón social Empresa:	Casa Dental S.A.S.
	Nit:	890.300.417-4
	Dirección:	Calle 23 AN 5 AN-30
	Nombre del jefe Inmediato del aprendiz:	Jose Garcia
	Cargo:	Jefe de Bodega
	Teléfono:	316-2476538
	E-mail:	jose.rafael.garcia@hotmail.com

2. PLANEACIÓN ETAPA PRODUCTIVA

CONCERTACIÓN PLAN DE TRABAJO DURANTE LA ETAPA PRODUCTIVA DEL APRENDIZ

ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR *Relacione las actividades que el aprendiz va a realizar. (Estas deben corresponder al Perfil del egresado establecido en el programa de formación que el aprendiz está desarrollando)*	EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE	RECOLECCIÓN DE EVIDENCIAS	
		Fecha	Lugar
Proceso de picking (separacion y preparacion de pedidos, rotulado) Despacho de mercal,		Agosto 3	cda
Proceso de recepcion de pedidos, Entrega al cliente interno y externo.		Sept 2021	cda

OBSERVACIONES:

CASA DENTAL GABRIEL VELÁSQUEZ & CIA S.A.S. NIT 890.300.417-4

Nombre y Firma del ente Coformador	Firma del Aprendiz	Nombre y firma Instructor seguimiento

3. SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA

TIPO DE INFORME	Parcial: ☑ Final: ☐	PERÍODO EVALUADO	Inicio: Agosto 1/2024 Finalización: Sept 1/2024

FACTORES ACTITUDINALES Y COMPORTAMENTALES

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	VALORACIÓN		Observación
		Satisfactorio	Por mejorar	
RELACIONES INTERPERSONALES	Desarrolla relaciones interpersonales con las personas de los diferentes niveles del ente Coformador en forma armoniosa, respetuosa y enmarcada dentro de los principios de convivencia social.	X		
TRABAJO EN EQUIPO	Participa en forma activa y propositiva en equipos de trabajo asumiendo los roles, de acuerdo con sus fortalezas.	X		
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	Propone alternativas de solución a situaciones problemáticas, en el contexto del desarrollo de su etapa productiva.	X		
CUMPLIMIENTO	Asume compromiso de las funciones y responsabilidades asignadas en el desarrollo de su trabajo.	X		
ORGANIZACIÓN	Demuestra capacidad para ordenar y disponer los elementos necesarios e información para facilitar la ejecución de un trabajo y el logro de los objetivos.	X		

FACTORES TÉCNICOS

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	VALORACIÓN		Observación
		Satisfactorio	Por mejorar	
TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO	Demuestra las competencias específicas del programa de formación en situaciones reales de trabajo.	X		
MEJORA CONTINUA	Aporta al mejoramiento de los procesos propios de su desempeño.	X		
FORTALECIMIENTO OCUPACIONAL	Autogestiona acciones que fortalezca su perfil ocupacional en el marco de su proyecto de vida.	X		
OPORTUNIDAD Y CALIDAD	Presenta con oportunidad y calidad los productos generados en el desarrollo de sus funciones y actividades.	X		
RESPONSABILIDAD AMBIENTAL	Administra los recursos para el desarrollo de sus actividades con criterios de responsabilidad ambiental.	X		
ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS	Utiliza de manera racional los materiales, equipos y herramientas suministrados para el desempeño de sus actividades o funciones.	X		

	Formato Planeación, Seguimiento y Evaluación Etapa Productiva

SEGURIDAD OCUPACIONAL E INDUSTRIAL	Utiliza los elementos de seguridad y salud ocupacional de acuerdo con la normatividad vigente establecida para sus actividades o funciones.	X		
DOCUMENTACIÓN ETAPA PRODUCTIVA	Actualiza permanentemente el portafolio de evidencias.	X		

Observaciones del responsable ente Coformador. *(Sus observaciones proporcionan información que aporta al mejoramiento de la calidad de la Formación Profesional Integral):*

Observaciones del Aprendiz:

4. EVALUACIÓN ETAPA PRODUCTIVA

JUICIO DE EVALUACIÓN: ☐ **APROBADO** ☐ **NO APROBADO**

RECONOCIMIENTOS ESPECIALES SOBRE EL DESEMPEÑO: **SI** _____ **NO**_____
Especificar cuáles:

CASA DENTAL GABRIEL VELÁSQUEZ & CÍA S.A.S. NIT. 890.300.417 - 4

José Garcia

David David Angel Daniel A. Solano G

Nombre y Firma del ente Coformador **Firma del Aprendiz** **Nombre y firma Instructor**
Seguimiento

Ciudad y fecha de elaboración: Cali, Sept 22/2021