SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
REGIONAL CAUCA
CENTRO COMERCIO Y SERVICIOS

**DIARIO DE CAMPO - SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA**

| | |
|---|---|
| CIUDAD Y FECHA | POPAYAN, OCTUBRE 22 DE 2024 |
| MES DEL INFORME | OCTUBRE DE 2024 |
| INSTRUCTOR A CARGO | TATIANA GONZÁLEZ ROJAS |
| AREA/RED DE CONOCIMIENTO | SALUD |

| NOMBRE DEL APRENDIZ | IDENTIFICACION DEL APRENDIZ | PROGRAMA DE FORMACION | CODIGO DE LA FICHA | EMPRESA | MUNICIPIO | SEGUIMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA DE EJECUCION | HORAS PARA REPORTE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | TIPO DE SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES | NOVEDADES | | PLAN DE MEJORAMIENTO | | FECHA PLAN DE MEJORAMIENTO /ACTA COMITÉ | FUNCIONARIO A CARGO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO | BITACORAS PUBLICADAS Y VALORADAS BB/DRIVE (ESCALA DEL 1 AL 5) | | | | | | | | | | | | | | SEGUIMIENTO (FORMATO 023) | ACOMPAÑAMIENTO BITACORAS | HORAS PRODUCCION DE CENTRO |
| | | | | | | | | ACTITUDINALES | TECNICAS | SI | NO | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | |
| ERIKA SOLIS SINISTERRA | 1007508929 | TÉCNICO EN SERVICIOS FARMACEUTICOS | 2426241 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI | GUAPI-CAUCA | CA | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | 1/10/24 | 2 | 1 | |
| MARIANI MEZÚ DIAZ | 1193207230 | TÉCNICO EN SERVICIOS FARMACEUTICOS | 2673727 | COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS-COPSERVIR | POPAYAN | SC | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 1/10/24 | 2 | 1 | |
| ERIKA SOLIS SINISTERRA | 1007508929 | TÉCNICO EN SERVICIOS FARMACEUTICOS | 2426241 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI | GUAPI-CAUCA | S | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | 2/10/24 | 2 | 1 | |
| NELSY AMPARO JANSASOY RUIZ | 34340617 | PUBLICA | 2774353 | ASMET SALUD EPS SAS | POPAYAN | CA | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | 2/10/24 | 2 | 1 | |
| JENNIFER FERNANDA FERNANDEZ BORRERO | 1003103723 | TÉCNICO EN APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD. | 2774350 | ASMET SALUD EPS SAS | POPAYAN | CA | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | 2/10/24 | 2 | 1 | |
| NAYELI PACUE MEDINA | 1002044654 | SERVICIOS FARMACEUTICOS | 2673727 | DROGUERIA FARMA PLUS LA PAZ | VEREDA LA UNION | CA | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | 2/10/24 | 2 | 1 | |
| DANIEL ANDRES MENESES GARZON | 1063807253 | APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD | 2774356 | ASMET SALUD EPS SAS | POPAYAN | CA | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | 2/10/24 | 2 | 1 | |
| KARENT SHALON VIDAL PIAMBA | 1002952076 | TÉCNICO EN SERVICIOS FARMACEUTICOS | 2621005 | GRUPO DAO SAS | POPAYAN | CA | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | 2/10/24 | 2 | 1 | |
| MARLEN YAZMIN CAMPO CHAGUENDO | 61726003 | SALUD PUBLICA | 2774353 | ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPS-I | POPAYAN | CA | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | 3/10/24 | 2 | 1 | |
| YURANI FRANCO CHICUE | 3193454755 | APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD | 2774356 | CLINICA SAN RAFAEL | POPAYAN | CA | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | 3/10/24 | 2 | 1 | |
| ALEYDA MARITZA MANQUILLO ESCOBAR | 1061820772 | TECNÓLOGO EN GESTION ADMINISTRATIVA DEL SECTOR SALUD. | 2620986 | ASMET SALUD EPS SAS | POPAYAN | S | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | 3/10/24 | 2 | 1 | |
| ISABELLA PRADO BARALT | 1114878239 | TÉCNICO EN APOYO ADMINISTRATIVO EN SA | 2774327 | CLINICA VERSALLES S.A. | CALI | S | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | 4/10/24 | 2 | 1 | |
| ANA SOFIA CHAR TROCHEZ | 1112041637 | SERVICIOS FARMACEUTICOS | 2712204 | DROGUERIA 24 HORAS CALDONO | CALDONO | CA | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | 4/10/24 | 2 | 1 | |
| YINETH VALENTINA ANACONA CABRERA | **1002777372** | APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD | 2774356 | CLINICA SAN RAFAEL DE POPAYAN SAS | POPAYAN | CA | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | 4/10/24 | 2 | 1 | |
| MERCEDES LOPEZ QUILINDO | 34315496 | APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD | 2774356 | CLINICA SAN RAFAEL | POPAYAN | CA | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | 4/10/24 | 2 | 1 | |
| MARLY GEOVANNA FERNANDEZ | 1062283032 | TECNICO EN SERVICIOS FARMACEUTICOS | 2712204 | DROGERIA LA PAZ PLUS | PESCADOR | CA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 7/10/24 | 2 | 1 | |
| BLANCA NANCY PADILLA BOTINA | 1061691531 | APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD | 2774356 | AMEZQUITA ACOSTA LTDA | POPAYAN | SC | TERMINACIÓN POR MUTUO ACUERDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8/10/24 | 2 | 1 | |
| MARICEL GOMEZ SALAZAR | 66911627 | TÉCNICO EN APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD. | 2774327 | ROPALA CASTILLA S.A. | CALI | S | | | | | | | | X | X | X | | | | | | | | | | 9/10/24 | 2 | 1 | |
| ANGELA DIVED BURBANO GOMEZ | 1060880810 | TÉCNICO EN SERVICIOS FARMACEUTICOS | 2618307 | SERVIDROGAS | TAMBO CAUCA | SC | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 9/10/24 | 2 | 1 | |
| KAROL SHARITH RUIZ BOLAÑOS | 1061692457 | SALUD PUBLICA | 2774353 | ASMET SALUD EPS SAS | POPAYAN | CA | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | 9/10/24 | 2 | 1 | |
| ANGY VANESSA BUITRON QUILINDO | 1061690052 | TÉCNICO EN SALUD PUBLICA | 2774353 | LABORATORIO LORENA VEJARANO SAS | POPAYAN | S | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | 10/10/24 | 2 | 1 | |
| AURA MARIA MONTILLA ZAMBRANO | 1061700271 | TÉCNICO EN SALUD PUBLICA | 2774353 | LABORATORIO LORENA VEJARANO | POPAYAN | S | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | 10/10/24 | 2 | 1 | |
| NORELY MARISOL MORALES | 1081592323 | TECNÓLOGO EN GESTION ADMINISTRATIVA DEL SECTOR SALUD. | 2620986 | FUNDACION SABEMOS CUIDARTE | POPAYAN | CA | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | 10/10/24 | 2 | 1 | |
| NORELY MARISOL MORALES | 1081592323 | TECNÓLOGO EN GESTION ADMINISTRATIVA DEL SECTOR SALUD. | 2620986 | FUNDACION SABEMOS CUIDARTE | POPAYAN | S | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | 10/10/24 | 2 | 1 | |
| KAREN DAYANA CARACAS JIMENEZ | 1003370884 | TÉCNICO EN SERVICIOS FARMACEUTICOS | 2673727 | SUPERTIENDAS Y DROGUERIAS OLIMPICA S.A.- OLIMPICA S.A. | BARRANQUILLA | S | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | 10/10/24 | 2 | 1 | |
| YINER ORLANDO MOSQUERA PARRA | 1059841201 | TÉCNICO EN APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD. | 2774327 | ASMET SALUD EPS SAS | POPAYAN | SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 10/10/24 | 2 | 1 | |
| YINETH ZORAYA CAICEDO CAMPO | 1003215905 | TÉCNICO EN APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD. | 2774357 | COSMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA LTDA - COSMITET LTDA | POPAYAN | S | TERMINACIÓN UNILATERAL | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | 11/10/24 | 2 | 1 | |
| JHOJAN ESTEBAN ESCALANTE HERNANDEZ | 1062284027 | TÉCNICO EN ENFERMERIA. | 2774358 | CLINICA IMBANACO S.A.S. | CALI | S | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | 11/10/24 | 2 | 1 | |
| NICOL DAYANA DELGADO POLINDARA | 63806920 | TÉCNICO EN ENFERMERIA. | 2712165 | CLINICA LA ESTANCIA S.A. | POPAYAN | SC | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 15/10/24 | 2 | 1 | |
| ALEXANDRA YULIZA MATABAJOY CASTRO | 1007386475 | TÉCNICO EN ENFERMERIA. | 2712165 | CLINICA LA ESTANCIA S.A. | POPAYAN | SC | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 15/10/24 | 2 | 1 | |
| JUAN JOSE GARCES PAZ | 1063806973 | TÉCNICO EN ENFERMERIA. | 2712165 | CLINICA LA ESTANCIA S.A. | POPAYAN | SC | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 15/10/24 | 2 | 1 | |
| NIKOL DANIELA NARVAEZ YACUMAL | 1061687616 | TÉCNICO EN ENFERMERIA. | 2712165 | CLINICA LA ESTANCIA S.A. | POPAYAN | SC | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 15/10/24 | 2 | 1 | |
| ESTEFANY VEGA CORDOBA | 1113304800 | TÉCNICO EN ENFERMERIA. | 2712165 | CLINICA LA ESTANCIA S.A. | POPAYAN | SC | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 15/10/24 | 2 | 1 | |
| KAROL NATHALIA ALVEAR SAMBONI | 1085263892 | TÉCNICO EN ENFERMERIA. | 2712165 | CLINICA LA ESTANCIA S.A. | POPAYAN | SC | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 15/10/24 | 2 | 1 | |
| DAVID SANTIAGO RENGIFO OROZCO | 1002777352 | TÉCNICO EN ENFERMERIA. | 2712165 | CLINICA LA ESTANCIA S.A. | POPAYAN | SC | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 15/10/24 | 2 | 1 | |
| EMILI FRANCHESCA MENDEZ HURTADO | 1072099385 | TÉCNICO EN ENFERMERIA. | 2712165 | CLINICA LA ESTANCIA S.A. | POPAYAN | SC | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 15/10/24 | 2 | 1 | |
| EDDY SANTIAGO ORDOÑEZ FERNANDEZ | 1061815319 | TÉCNICO EN SALUD PUBLICA | 2774353 | NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. | POPAYAN | S | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | 16/10/24 | 2 | 1 | |
| YENNY LILIANA BURBANO URBANO | 34570074 | TÉCNICO EN SALUD PUBLICA | 2774353 | NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A. | POPAYAN | S | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | 16/10/24 | 2 | 1 | |
| JUAN MANUEL CASTRO SALAZAR | 1002921193 | TÉCNICO EN APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD. | 2712196 | ASMET SALUD EPS SAS | POPAYAN | SC | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 16/10/24 | 2 | 1 | |
| DANYELI ANACONA SALAMANCA | 1061545427 | SERVICIOS FARMACEUTICOS | 2712204 | DROGUERIA SIBERIA CAUCA | CALDONO | SC | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 16/10/24 | 2 | 1 | |
| PAOLA ANDREA QUIÑONEZ IBARRA | 1002957153 | TÉCNICO EN APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD. | 2774350 | LABORATORIO LORENA VEJARANO SAS | POPAYAN | S | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | 16/10/24 | 2 | 1 | |
| ERIKA JULIANA GUERRERO | | TÉCNICO EN APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD. | 2774350 | LABORATORIO LORENA VEJARANO SAS | POPAYAN | CA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 16/10/24 | 2 | 1 | |
| ERIKA JULIANA GUERRERO | | TÉCNICO EN APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD. | 2774350 | LABORATORIO LORENA VEJARANO SAS | POPAYAN | S | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | 16/10/24 | 2 | 1 | |
| | | TÉCNICO EN APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD. | 2774350 | LABORATORIO LORENA VEJARANO SAS | POPAYAN | CA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 16/10/24 | 2 | 1 | |
| KATHERINE ANDREA VELASCO PEREZ | 1062312154 | TÉCNICO EN SERVICIOS FARMACEUTICOS | 2712204 | DROGUERIA SIBERIA DE CAUCA | CALDONO-CAUCA | SC | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 17/10/24 | 2 | 1 | |
| LUISA FERNANDA ANGULO LANDAZURI | 1088835547 | TÉCNICO EN APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD. | 2774327 | SERSALUD S.A. | CALI | S | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | 18/10/24 | 2 | 1 | |
| JENNY CAROLINA TORRES ANGEL | 34317013 | SERVICIOS FARMACEUTICOS | 2862559 | COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS-COPSERVIR | BOGOTA D. C. | CA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21/10/24 | 2 | | |
| CAROL NATALIA ASTAIZA ORTIZ | 1002963666 | SERVICIOS FARMACEUTICOS | 2862559 | COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS-COPSERVIR | BOGOTA D. C. | CA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21/10/24 | 2 | | |
| YURI ALEXANDRA SANTIAGO PABILMA | 1061721111 | SERVICIOS FARMACEUTICOS | 2862559 | COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS-COPSERVIR | BOGOTA D. C. | CA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21/10/24 | 2 | | |
| NANCY EDITH CHICANGANA FINSCUE | 34567128 | SERVICIOS FARMACEUTICOS | 2862559 | COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS-COPSERVIR | BOGOTA D. C. | CA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21/10/24 | 2 | | |

**REVISIÓN DE BITÁCORAS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| SUBTOTAL | 98 | 119 | 0 | |
| TOTAL | | | 217 | |

**REGISTRO DE NOVEDAD: TERMINACION DE CONTRATO DE APRENDIZAJE**

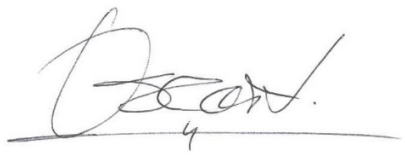
Entre los presentes; BLANCA NANCY PADILLA BOTINA, Aprendiz Sena identificado con la cédula de ciudadanía Nº 1.061.691.531 del Programa TÉCNICO APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD, y Ficha 2620986; la Co-formadora de la empresa AMEZQUITA ACOSTA SAS, se reunieron para formalizar la finalización del contrato de aprendizaje por mutuo acuerdo.

El proceso del Aprendiz es acompañado por la Instructora de Seguimiento y Evaluación a la Etapa Productiva, del Centro de Comercio y Servicios - Sena Regional Cauca asignado TATIANA GONZÁLEZ ROJAS.

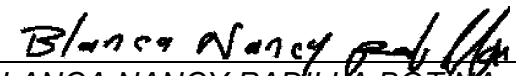
El Co-formadora manifiesta que la aprendiz inició su contrato el día 26 de agosto del año en curso, y fue asignada al proceso de apoyo en gestión de cuentas médicas. Sin embargo, el día 29 de agosto del 2024, la aprendiz refirió mediante WhatsApp que no podría continuar con su proceso de etapa productiva en la empresa, dado que se había suscitado una situación médica de atención prioritaria con su hija de 3 años de edad. Ante dicha situación, el jefe inmediato manifestó que la situación era prioritaria y la decisión muy prudente. Situación que impidió dar continuidad al proceso formativo de la aprendiz.

Para la verificación en el SGVA por la Líder de Contrato de Aprendizaje del Centro de Formación y debido proceso ante la Coordinación Académica del Centro de Comercio y Servicios del Sena Regional Cauca; la fecha de terminación del contrato de aprendizaje es 29 de agosto del 2024.

Se firma en la Ciudad de Popayán, a los 08 días del mes de octubre de 2024.



*AMEZQUITA ACOSTA LTDA – Co-formador*
*OSCAR LÓPEZ – Gerente*



*BLANCA NANCY PADILLA BOTINA* - Aprendiz Sena

| | |
|---|---|
| | Versión: 05 |
| | Código: GFPI-F-023 |

**GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL**

**Formato de Planeación, Seguimiento y Evaluación de Etapa Productiva**

## 1. Información general

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regional:** | CAUCA | | | | | | | |
| **Centro de Formación:** | COMERCIO Y SERVICIOS | | | | | | | |
| **Programa de Formación:** | TÉCNICO APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD | | | | | **No. Ficha** | 2774356 | |
| **Modalidad de Formación:** | **Presencial** | **x** | **Virtual** | | | **A Distancia** | | |
| **Datos del(de la) Aprendiz** | **Nombre Completo:** | Blanca Nancy Padilla Botina | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | **NUIP.** | **Tarjeta de identidad** | **Cédula de ciudadanía** | **Cédula Digital** | **Cédula de extranjeria** | **Permiso especial permanente** | **Número libreta militar (si aplica)** |
| | | | | **x** | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061691531 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3164174731 | | | | | | |
| | **Correo electrónico personal:** | titote1903@gmail.com | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Alternativa de etapa productiva registrada** | Contrato de Aprendizaje | | | | | | |
| | **Fecha de Registro en SofiaPlus:** | 15/08/24 | | | | | | |
| **Datos del(de la) Instructor(a) con rol de seguimiento:** | **Nombre:** | Tatiana González Rojas | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | Cédula de Ciudadanía | | | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061746354 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | tgonzálezr@sena.edu.co | | | | | | |
| | **Correo electrónico alterno:** | tgonzalezrojas@misena.edu.co | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| **Datos del ente Coformador (Jefe Inmediato o Tutor(a)* y empresa u organización)** | **Nombre empresa o entidad coformadora:** | AMEZQUITA ACOSTA LTDA | | | | | | |
| | **Dirección:** | CL 4 7-88 | | | | | | |
| | **Nit:** | 817006121 | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Nombre del jefe inmediato/ coformador del(de la) aprendiz/tutor(a):** | Oscar Lopez | | | | | | |
| | **Cargo:** | Gerente | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | opticauca@hotmail.com | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 6028240321 | | | | | | |
| | **Nombre otro contacto:** | NA | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| ** Tutor(a): resolución 0623 del 2020 y 3546 del 2018.* | **Teléfono (fijo/móvil):** | | | | | | | |
| **Persona en situación de discapacidad** *(Si aplica)* | **Nombre de la persona que asiste al aprendiz:** | | | | | | | |
| | **Tipo de asistencia** *(Lenguaje de señas, apoyo visual, entre otros)* **:** | | | | | | | |

## 2. Planeación de etapa productiva *Se realiza por una única vez)*

**Visita - momento N° 1 - Planeación de la Etapa Productiva**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha inicio Etapa Productiva (DD/MM/AA)** | 15/08/24 | **Fecha Fin de Etapa Productiva: (DD/MM/AA)** | 14/02/25 |
| **Alternativa de Etapa Productiva** | Contrato de Aprendizaje | **Horario** (Indicar si es diurno, nocturno, días de la semana y la hora | Diruno, lunes a viernes: 7:20 am a 1:00 pm y de 1:40 pm a 5:00 pm |

**Ciudad Popayán y fecha concertación actividades: 08/10/2024 DIA/MES/AÑO de forma Presencial X o Virtual ___**

**Concertación plan de trabajo durante la etapa productiva del aprendiz**

| | | |
|---|---|---|
| **Actividades a Desarrollar:** | *Relacione las actividades que el(la) aprendiz va a realizar según lo acordado con el ente coformador. (Estas deben corresponder al Perfil del egresado establecido en el programa de formación que el aprendiz está desarrollando)* | Apoyar el proceso de orientar al usuario en los servicios, de acuerdo lineamientos de la empresa.<br>Apoyar el proceso de admisiones, de acuerdo con el protocolo.<br>Apoyar el proceso de gestión de cuentas médicas de EPS, de acuerdo con los lineamientos institucionales. |
| **Evidencias de Aprendizaje** | *Describa las evidencias que se van a generar, de acuerdo a las actividades a desarrollar* | Informe semanal. |
| **Competencias a Desarrollar** | *Escoja y transcriba las competencias* TÉCNICAS *del programa que planea desarrollar de acuerdo a las actividades a realizar, estas deben ser al menos dos (2)* | REALIZA ADMISIÓN AL USUARIO EN SALUD<br>Registrar información de acuerdo con normativa y procedimiento técnico |
| **Resultados de Aprendizaje** | *Relacione el o los resultados de aprendizaje de las competencias que van a desarrollarse* | 1. RECONOCER CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO CON NORMATIVA.<br>2. TRAMITAR LA ADMISIÓN DE LA PERSONA A LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN OFERTA INSTITUCIONAL, ACUERDOS CONTRACTUALES Y NORMATIVA LEGAL VIGENTE<br>3. VERIFICAR SOPORTES DE ATENCIÓN EN SALUD TENIENDO EN CUENTA ACUERDOS CONTRACTUALES, CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO Y NORMATIVA.<br>1. RECONOCER EL PROCESO DE FACTURACIÓN EN SALUD SEGÚN EL MARCO NORMATIVO Y POLÍTICAS INSTITUCIONALES.<br>3. VERIFICAR SOPORTES GENERADOS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO CON TIPO DE ASEGURAMIENTO, NORMAS TÉCNICOS Y LEGALES VIGENTES.<br>4. ALIMENTAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN EN SALUD TENIENDO EN CUENTA TECNOLOGÍAS DISPONIBLES Y NORMATIVA VIGENTE<br>2. LIQUIDAR SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS SEGÚN NORMATIVA VIGENTE Y LINEAMIENTOS |

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

Tatiana González R. Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas
Fecha: 2024.10.09 15:27:58 -05'00'

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 3. Seguimiento etapa productiva

**Visita Segumiento - Momento N° 2 - Seguimiento Etapa Productiva**

| | | Periodo Evaluado | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado: (Periodo que comprende la fecha del momento de planeación al momento del seguimiento** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | |
| **El seguimiento se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Descripción | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | Demuestra las competencias específicas del programa de formación en situaciones reales de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Mejora Continua** | Aporta activamente al mejoramiento de sus habilidades técnicas y métodos de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | Realiza acciones que fortalezcan su perfil ocupacional potenciando sus competencias en el marco de su proyecto de vida. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Oportunidad y Calidad** | Presenta con oportunidad y calidad los productos generados en el desarrollo de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Responsabilidad Ambiental** | Administra los recursos para el desarrollo de sus actividades con criterios de responsabilidad ambiental. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Administración de Recursos** | Utiliza de manera racional los materiales, equipos y herramientas suministrados para el desempeño de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | Utiliza los elementos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente establecida para sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Documentación Etapa Productiva** | Actualiza permanentemente el portafolio de evidencias. | **[Satisfactorio]** | | |
| ***Factores Actitudinales y Comportamentales*** | | | | |
| **Variable** | **Descripción** | **Valoración** | | **Observaciones / Compromisos de mejora** |
| **Relaciones Interpersonales** | Desarrolla relaciones interpersonales en las diferentes áreas de la empresa en forma armoniosa, respetuosa y enmarcada en la comunicación asertiva demostrando un sentido de pertenencia con la organización. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Trabajo en Equipo** | Participa en forma activa y propositiva en equipos de trabajo asumiendo los roles, de acuerdo con sus fortalezas. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Solución de Problemas** | Propone alternativas de solución a situaciones problemáticas, en el contexto del desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Cumplimiento** | Es comprometido con las actividades asignadas y con la empresa, demostrando puntualidad y proactividad en el desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Organización** | Demuestra capacidad para ordenar y disponer los elementos necesarios e información que facilite la ejecución del trabajo y el logro de los objetivos. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:** | | | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** |
| | | | | |
| **Observaciones del(de la) responsable ente Coformador:** | | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre y firma del(de la) Aprendiz** | **Nombre y Firma del ente Coformador (Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)** |
| **Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)** | **Nombre y Firma (Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)** |

## 4. Evaluación etapa productiva *(Este ítem solo se diligencia una vez, al finalizar la Etapa Productiva)*

**Visita - Momento - N° 3 Evaluación Etapa Productiva**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo evaluado** ***( Fechas de inicio a fin, de la ejecución de la etapa productiva)*** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | 15/08/24 | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | 29/08/24 | | |
| **La evaluación se realizó en forma:** | **Presencial** | **X** | **Virtual** | | **Número de visitas realizadas en toda la etapa productiva** | 1 | |

**Evaluación de los factores y cumplimiento**

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | | |

**Retroalimentación ente coformador o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | La aprendiz tuvo un buen desempeño, sin novedades en los días que estuvo en la empresa. |
| **2. Evaluación de las competencias técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar Información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | No aplica. |

**Retroalimentación instructor(a) con rol de seguimiento o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | La aprendiz finaliza el contrato de aprendizaje debido a situaciones médicas presentadas con su hija de 3 años. |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | No aplica. |
| **Retroalimentación del(de la) aprendiz** | |
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz** | S encuentra agradecida por la oportunidad y la comprensión frente a su situación. |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | Ninguna |

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

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

**Ciudad Popayán y fecha concertación actividades: 08/10/2024 DIA/MES/AÑO de forma Presencial X o Virtual ____**

Autorizo al SENA para la recolección y tratamiento de mis datos personales, conforme a la política de datos personales de la entidad, entiendo que los datos serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, cesión y todo el tratamiento, realizados por el SENA.

**Anexo**
*(Si aplica)*

**Seguimiento complementario a etapa productiva**

*Este apartado se diligencia en caso de que sea necesaria una visita de seguimiento extraordinaria.*

**Seguimiento - Visita - Momento -N°_____ - Seguimiento extraordinario Etapa Productiva**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado:** | **Inicio:** | | **Finalización:** | |
| **El seguimiento extraordinario se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Observaciones del responsable ente Coformador:** | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** | |

**Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:**

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

| | |
|---|---|
| | Versión: 05 |
| | Código: GFPI-F-023 |

**GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL**

**Formato de Planeación, Seguimiento y Evaluación de Etapa Productiva**

## 1. Información general

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regional:** | CAUCA | | | | | | | |
| **Centro de Formación:** | COMERCIO Y SERVICIOS | | | | | | | |
| **Programa de Formación:** | TÉCNICO APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD | | | | | **No. Ficha** | **2774356** | |
| **Modalidad de Formación:** | **Presencial** | **x** | **Virtual** | | | **A Distancia** | | |
| **Datos del(de la) Aprendiz** | **Nombre Completo:** | Daniel Andres Meneses Garzón | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | **NUIP.** | **Tarjeta de identidad** | **Cédula de ciudadanía** | **Cédula Digital** | **Cédula de extranjeria** | **Permiso especial permanente** | **Número libreta militar (si aplica)** |
| | | | | **x** | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1063807253 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3014420042-3003000629-3136757845 | | | | | | |
| | **Correo electrónico personal:** | danielmeneses1221@gmail.com | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Alternativa de etapa productiva registrada** | Contrato de Aprendizaje | | | | | | |
| | **Fecha de Registro en SofiaPlus:** | 16/07/24 | | | | | | |
| **Datos del(de la) Instructor(a) con rol de seguimiento:** | **Nombre:** | Tatiana González Rojas | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | Cédula de Ciudadanía | | | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061746354 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | tgonzálezr@sena.edu.co | | | | | | |
| | **Correo electrónico alterno:** | tgonzalezrojas@misena.edu.co | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| **Datos del ente Coformador (Jefe Inmediato o Tutor(a)* y empresa u organización)** | **Nombre empresa o entidad coformadora:** | ASMET SALUD EPS SAS | | | | | | |
| | **Dirección:** | CARRERA 4 # 18N - 46 BARRIO SECTOR LA ESTANCIA | | | | | | |
| | **Nit:** | 900935126 | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Nombre del jefe inmediato/ coformador del(de la) aprendiz/tutor(a):** | Paola Andrea Peña | | | | | | |
| | **Cargo:** | Profesional Contact Center | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | 3058953149 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | paola.pena@asmetsalud.com | | | | | | |
| | **Nombre otro contacto:** | Felipe Yamid Reyes Quenguan | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | felipe.reyes@asmetsalud.com | | | | | | |
| ** Tutor(a): resolución 0623 del 2020 y 3546 del 2018.* | **Teléfono (fijo/móvil):** | | | | | | | |
| **Persona en situación de discapacidad** *(Si aplica)* | **Nombre de la persona que asiste al aprendiz:** | | | | | | | |
| | **Tipo de asistencia** *(Lenguaje de señas, apoyo visual, entre otros)* **:** | | | | | | | |

## 2. Planeación de etapa productiva *Se realiza por una única vez)*

**Visita - momento N° 1 - Planeación de la Etapa Productiva**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha inicio Etapa Productiva (DD/MM/AA)** | 16/07/24 | **Fecha Fin de Etapa Productiva: (DD/MM/AA)** | 15/01/25 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Alternativa de Etapa Productiva** | Contrato de Aprendizajr | **Horario** (Indicar si es diurno, nocturno,días de la semana y la hora | Diurno, Lunes a viernes de 7:00 am a 12:00 m y 1:00pm a 5:00 pm. |

**Ciudad Popayán y fecha concertación actividades: 02/10/2024 DIA/MES/AÑO de forma Presencial ___ o Virtual _X**

**Concertación plan de trabajo durante la etapa productiva del aprendiz**

| | | |
|---|---|---|
| **Actividades a Desarrollar:** | *Relacione las actividades que el(la) aprendiz va a realizar según lo acordado con el ente coformador. (Estas deben corresponder al Perfil del egresado establecido en el programa de formación que el aprendiz está desarrollando)* | Apoyar la aplicación de encuestas de satisfacción de manera telefónica usuarios de línea de frente.<br>Apoyar el proceso de traslados de EPS de oficio, mediante campañas de llamadas salientes a usuarios para confirmar o rechazar el traslado.<br>Apoyar el proceso traslados de EPS por SAT, mediante campañas de llamadas salientes de validación de correo electrónico de los usuarios. |
| **Evidencias de Aprendizaje** | *Describa las evidencias que se van a generar, de acuerdo a las actividades a desarrollar* | Drive de registro de las respuestas de cada usuario.<br>Drive y encuesta de traslados de oficio del área de Afiliaciones y Registro.<br>Drive y encuensta de Traslados SAT del área de Afiliaciones y Registro. |
| **Competencias a Desarrollar** | *Escoja y transcriba las competencias* TÉCNICAS *del programa que planea desarrollar de acuerdo a las actividades a realizar, estas deben ser al menos dos (2)* | Orientar personas según normativa de salud |
| **Resultados de Aprendizaje** | *Relacione el o los resultados de aprendizaje de las competencias que van a desarrollarse* | RECONOCER NECESIDADES DEL USUARIO TENIENDO EN CUENTA EL MARCO NORMATIVO, POLÍTICAS DE ATENCIÓN Y PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE SALUD.<br>OFRECER INFORMACIÓN AL USUARIO TENIENDO EN CUENTA NECESIDADES Y PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE SALUD<br>VERIFICAR EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA PERSONA DE ACUERDO CON SUS EXPECTATIVAS Y POLÍTICA INSTITUCIONAL<br>ATENDER AL USUARIO TENIENDO EN CUENTA CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO, DERECHOS Y DEBERES. |

Daniel A Meneses

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

Paola Andrea Peña

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

Tatiana González R. Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas
Fecha: 2024.10.03 11:57:56 -05'00'

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 3. Seguimiento etapa productiva

**Visita Segumiento - Momento N° 2 - Seguimiento Etapa Productiva**

| | | Periodo Evaluado | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado: (Periodo que comprende la fecha del momento de planeación al momento del seguimiento** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | 16/07/24 | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | 5/10/24 |
| **El seguimiento se realizó en forma:** | **Presencial** | | | **Virtual** | X |

***Factores Técnicos***

| Variable | Descripción | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | Demuestra las competencias específicas del programa de formación en situaciones reales de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Mejora Continua** | Aporta activamente al mejoramiento de sus habilidades técnicas y métodos de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | Realiza acciones que fortalezcan su perfil ocupacional potenciando sus competencias en el marco de su proyecto de vida. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Oportunidad y Calidad** | Presenta con oportunidad y calidad los productos generados en el desarrollo de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Responsabilidad Ambiental** | Administra los recursos para el desarrollo de sus actividades con criterios de responsabilidad ambiental. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Administración de Recursos** | Utiliza de manera racional los materiales, equipos y herramientas suministrados para el desempeño de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | Utiliza los elementos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente establecida para sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Documentación Etapa Productiva** | Actualiza permanentemente el portafolio de evidencias. | **[Satisfactorio]** | | |
| ***Factores Actitudinales y Comportamentales*** | | | | |
| **Variable** | **Descripción** | **Valoración** | | **Observaciones / Compromisos de mejora** |
| **Relaciones Interpersonales** | Desarrolla relaciones interpersonales en las diferentes áreas de la empresa en forma armoniosa, respetuosa y enmarcada en la comunicación asertiva demostrando un sentido de pertenencia con la organización. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Trabajo en Equipo** | Participa en forma activa y propositiva en equipos de trabajo asumiendo los roles, de acuerdo con sus fortalezas. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Solución de Problemas** | Propone alternativas de solución a situaciones problemáticas, en el contexto del desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Cumplimiento** | Es comprometido con las actividades asignadas y con la empresa, demostrando puntualidad y proactividad en el desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Organización** | Demuestra capacidad para ordenar y disponer los elementos necesarios e información que facilite la ejecución del trabajo y el logro de los objetivos. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:** | | | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** |
| El aprendiz demuestra interés por el proceso de aprendizaje, evidencia compromiso con la ejecución de su Etapa Productiva y con el proceso de seguimiento. | | | | Se ha sentido satisfecho con las actividades que ha estado apoyando, estas le han permitido interactuar con las personas y conocer las realidades del sistema de salud Colombiano. |
| **Observaciones del(de la) responsable ente Coformador:** | | | | |

El aprendiz ha tenido un buen desempeño hasta la fecha, actualmente cuenta con un buen equipo de trabajo integrado por algunos aprendices.

Daniel A Meneses

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

Paola Andrea Peña

**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 4. Evaluación etapa productiva *(Este ítem solo se diligencia una vez, al finalizar la Etapa Productiva)*

**Visita - Momento - N°_____Evaluación Etapa Productiva**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo evaluado** ***( Fechas de inicio a fin, de la ejecución de la etapa productiva)*** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | | |
| **La evaluación se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | | **Número de visitas realizadas en toda la etapa productiva** | |

**Evaluación de los factores y cumplimiento**

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

**Retroalimentación ente coformador o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | |
| **2. Evaluación de las competencias técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar Información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | |

**Retroalimentación instructor(a) con rol de seguimiento o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | |

**Retroalimentación del(de la) aprendiz**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz** | |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | |

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

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

**Ciudad_____y fecha concertación actividades:_____/_____/_____DIA/MES/AÑO de forma Presencial ___ o Virtual**

Autorizo al SENA para la recolección y tratamiento de mis datos personales, conforme a la política de datos personales de la entidad, entiendo que los datos serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, cesión y todo el tratamiento, realizados por el SENA.

**Anexo**
*(Si aplica)*

**Seguimiento complementario a etapa productiva**

*Este apartado se diligencia en caso de que sea necesaria una visita de seguimiento extraordinaria.*

**Seguimiento - Visita - Momento -N°_____- Seguimiento extraordinario Etapa Productiva**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado:** | **Inicio:** | | **Finalización :** | |
| **El seguimiento extraordinario se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Observaciones del responsable ente Coformador:** | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** | |

**Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:**

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

| | |
|---|---|
| | Versión: 05 |
| | Código: GFPI-F-023 |

**GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL**

**Formato de Planeación, Seguimiento y Evaluación de Etapa Productiva**

## 1. Información general

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regional:** | CAUCA | | | | | | | |
| **Centro de Formación:** | COMERCIO Y SERVICIOS | | | | | | | |
| **Programa de Formación:** | TÉCNICO EN APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD. | | | | | **No. Ficha** | **2774350** | |
| **Modalidad de Formación:** | **Presencial** | **x** | **Virtual** | | | **A Distancia** | | |
| **Datos del(de la) Aprendiz** | **Nombre Completo:** | Jenifer Fernanda Fernandez Borrero | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | **NUIP.** | **Tarjeta de identidad** | **Cédula de ciudadanía** | **Cédula Digital** | **Cédula de extranjeria** | **Permiso especial permanente** | **Número libreta militar (si aplica)** |
| | | | | **x** | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1003103723 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | **3217468572-3218498738** | | | | | | |
| | **Correo electrónico personal:** | ff8873550@gmail.com | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Alternativa de etapa productiva registrada** | Contrato de Aprendizaje | | | | | | |
| | **Fecha de Registro en SofiaPlus:** | 16/07/24 | | | | | | |
| **Datos del(de la) Instructor(a) con rol de seguimiento:** | **Nombre:** | Tatiana González Rojas | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | Cédula de Ciudadanía | | | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061746354 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | tgonzálezr@sena.edu.co | | | | | | |
| | **Correo electrónico alterno:** | tgonzalezrojas@misena.edu.co | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| **Datos del ente Coformador (Jefe Inmediato o Tutor(a)* y empresa u organización)** | **Nombre empresa o entidad coformadora:** | ASMET SALUD EPS SAS | | | | | | |
| | **Dirección:** | CARRERA 4 # 18N - 46 BARRIO SECTOR LA ESTANCIA | | | | | | |
| | **Nit:** | 900935126 | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Nombre del jefe inmediato/ coformador del(de la) aprendiz/tutor(a):** | Carolina Guzman Ruiz | | | | | | |
| | **Cargo:** | Coordinadora de contratación y gestión del riesgo | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | Carolina.guzman@asmetsalud.com | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3183744684 | | | | | | |
| | **Nombre otro contacto:** | NA | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| ** Tutor(a): resolución 0623 del 2020 y 3546 del 2018.* | **Teléfono (fijo/móvil):** | | | | | | | |
| **Persona en situación de discapacidad** *(Si aplica)* | **Nombre de la persona que asiste al aprendiz:** | | | | | | | |
| | **Tipo de asistencia** *(Lenguaje de señas, apoyo visual, entre otros)* **:** | | | | | | | |

## 2. Planeación de etapa productiva *Se realiza por una única vez)*

**Visita - momento N° 1 - Planeación de la Etapa Productiva**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha inicio Etapa Productiva (DD/MM/AA)** | 16/07/24 | **Fecha Fin de Etapa Productiva: (DD/MM/AA)** | 15/01/25 |
| **Alternativa de Etapa Productiva** | Contrato de Aprendizaje | **Horario** (Indicar si es diurno, nocturno, días de la semana y la hora | Diurno, Lunes a viernes de 7:00 am a 12:00 m y 1:00 pm a 5:00 pm. |

**Ciudad Popayán y fecha concertación actividades: 02/10/2024 DIA/MES/AÑO de forma Presencial X o Virtual ___**

**Concertación plan de trabajo durante la etapa productiva del aprendiz**

| | | |
|---|---|---|
| **Actividades a Desarrollar:** | *Relacione las actividades que el(la) aprendiz va a realizar según lo acordado con el ente coformador. (Estas deben corresponder al Perfil del egresado establecido en el programa de formación que el aprendiz está desarrollando)* | Seguimiento a legalización de anticipos.<br>Registrar en Drive de anticipos la gestión realizada por el equipo de contratación<br>Elaboración de carpeta de usuario con soportes para el cargue a la ruta de contratación para posterior revisión el analista y cargue en ruta de contratación.<br>Organización del directorio de contratación especificando prestador Nombre tal y como aparece en el RUT, número de contacto actualizado, dirección, Municipio en donde se encuentra ubicado. |
| **Evidencias de Aprendizaje** | *Describa las evidencias que se van a generar, de acuerdo a las actividades a desarrollar* | Drive y bases de datos institucionales. |
| **Competencias a Desarrollar** | *Escoja y transcriba las competencias* TÉCNICAS *del programa que planea desarrollar de acuerdo a las actividades a realizar, estas deben ser al menos dos (2)* | Monitorear eventos de salud pública según ámbito comunitario y normativa de salud |
| **Resultados de Aprendizaje** | *Relacione el o los resultados de aprendizaje de las competencias que van a desarrollarse* | 4. EVALUAR LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON DELEGACIÓN Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS<br>2. APLICAR ACCIONES DE CONTROL DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD DE ACUERDO CON DELEGACIÓN Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS<br>1. RECONOCER EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA TENIENDO EN CUENTA EL HÁBITAT DE LAS PERSONAS, MEDIO AMBIENTE, COMPORTAMIENTO, CONSUMO Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.<br>3. DESARROLLAR ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON DELEGACIÓN Y PROTOCOLOS |

Carolina Aguirre Ruiz

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

Tatiana González R.

Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas
Fecha: 2024.10.08 21:19:41 -05'00'

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 3. Seguimiento etapa productiva

**Visita Segumiento - Momento N° 2 - Seguimiento Etapa Productiva**

| | | Periodo Evaluado | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado: (Periodo que comprende la fecha del momento de planeación al momento del seguimiento** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | 16/07/24 | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | 4/10/24 |
| **El seguimiento se realizó en forma:** | **Presencial** | X | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Descripción | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | Demuestra las competencias específicas del programa de formación en situaciones reales de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Mejora Continua** | Aporta activamente al mejoramiento de sus habilidades técnicas y métodos de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | Realiza acciones que fortalezcan su perfil ocupacional potenciando sus competencias en el marco de su proyecto de vida. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Oportunidad y Calidad** | Presenta con oportunidad y calidad los productos generados en el desarrollo de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Responsabilidad Ambiental** | Administra los recursos para el desarrollo de sus actividades con criterios de responsabilidad ambiental. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Administración de Recursos** | Utiliza de manera racional los materiales, equipos y herramientas suministrados para el desempeño de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | Utiliza los elementos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente establecida para sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Documentación Etapa Productiva** | Actualiza permanentemente el portafolio de evidencias. | **[Satisfactorio]** | | |
| ***Factores Actitudinales y Comportamentales*** | | | | |
| **Variable** | **Descripción** | **Valoración** | | **Observaciones / Compromisos de mejora** |
| **Relaciones Interpersonales** | Desarrolla relaciones interpersonales en las diferentes áreas de la empresa en forma armoniosa, respetuosa y enmarcada en la comunicación asertiva demostrando un sentido de pertenencia con la organización. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Trabajo en Equipo** | Participa en forma activa y propositiva en equipos de trabajo asumiendo los roles, de acuerdo con sus fortalezas. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Solución de Problemas** | Propone alternativas de solución a situaciones problemáticas, en el contexto del desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Cumplimiento** | Es comprometido con las actividades asignadas y con la empresa, demostrando puntualidad y proactividad en el desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Organización** | Demuestra capacidad para ordenar y disponer los elementos necesarios e información que facilite la ejecución del trabajo y el logro de los objetivos. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:** | | | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** |
| La aprendiz demuestra interés por el proceso de aprendizaje, evidencia compromiso con la ejecución de su Etapa Productiva y con el proceso de seguimiento. | | | | Se siente agradecida, apoyada por el equipo de trabajo, por la jefe y cada día aprende más. Siente que han sido pacientes con ella y le gustan las actividades desarrolladas. |
| **Observaciones del(de la) responsable ente Coformador:** | | | | |

La aprendiz hdebe continuar fortaleciendo habilidades en el manejo de herramientas ofimáticas principalmente el uso de Excel y el relacionamiento con el equipo de trabajo.

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 4. Evaluación etapa productiva *(Este ítem solo se diligencia una vez, al finalizar la Etapa Productiva)*

**Visita - Momento - N° ____ Evaluación Etapa Productiva**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo evaluado** ***( Fechas de inicio a fin, de la ejecución de la etapa productiva)*** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | | |
| **La evaluación se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | | **Número de visitas realizadas en toda la etapa productiva** | |

**Evaluación de los factores y cumplimiento**

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

**Retroalimentación ente coformador o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | |
| **2. Evaluación de las competencias técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar Información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | |

**Retroalimentación instructor(a) con rol de seguimiento o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | |

**Retroalimentación del(de la) aprendiz**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz** | |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | |

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

Carolina Figueroa Ruiz

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

**Ciudad_____y fecha concertación actividades:_____/_____/_____DIA/MES/AÑO de forma Presencial ___ o Virtual ____**

Autorizo al SENA para la recolección y tratamiento de mis datos personales, conforme a la política de datos personales de la entidad, entiendo que los datos serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, cesión y todo el tratamiento, realizados por el SENA.

**Anexo**
*(Si aplica)*

**Seguimiento complementario a etapa productiva**

*Este apartado se diligencia en caso de que sea necesaria una visita de seguimiento extraordinaria.*

**Seguimiento - Visita - Momento -N°_____ - Seguimiento extraordinario Etapa Productiva**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado:** | **Inicio:** | | **Finalización:** | |
| **El seguimiento extraordinario se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Observaciones del responsable ente Coformador:** | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** | |

**Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:**

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

| | | |
|---|---|---|
| | SENA | Versión: 05<br>Código: GFPI-F-023 |

## GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

### Formato de Planeación, Seguimiento y Evaluación de Etapa Productiva

### 1. Información general

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regional:** | CAUCA | | | | | | | |
| **Centro de Formación:** | COMERCIO Y SERVICIOS | | | | | | | |
| **Programa de Formación:** | TÉCNICO EN SERVICIOS FARMACEUTICOS | | | | | **No. Ficha** | **2673727** | |
| **Modalidad de Formación:** | **Presencial** | x | **Virtual** | | | **A Distancia** | | |
| **Datos del(de la) Aprendiz** | **Nombre Completo:** | Nayerli Pacue Medina | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | **NUIP.** | **Tarjeta de identidad** | **Cédula de ciudadanía** | **Cédula Digital** | **Cédula de extranjeria** | **Permiso especial permanente** | **Número libreta militar (si aplica)** |
| | | | | x | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1002949654 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3234907485 | | | | | | |
| | **Correo electrónico personal:** | nayerlimedinap@gmail.com | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Alternativa de etapa productiva registrada** | Pasantía | | | | | | |
| | **Fecha de Registro en SofiaPlus:** | 10/09/24 | | | | | | |
| **Datos del(de la) Instructor(a) con rol de seguimiento:** | **Nombre:** | Tatiana González Rojas | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | Cédula de Ciudadanía | | | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061746354 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | tgonzálezr@sena.edu.co | | | | | | |
| | **Correo electrónico alterno:** | tgonzalezrojas@misena.edu.co | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| **Datos del ente Coformador (Jefe Inmediato o Tutor(a)* y empresa u organización)** | **Nombre empresa o entidad coformadora:** | DROGUERIA FARMA PLUS LA PAZ | | | | | | |
| | **Dirección:** | MIRANDA | | | | | | |
| | **Nit:** | NA | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Nombre del jefe inmediato/ coformador del(de la) aprendiz/tutor(a):** | Angie Bolaños | | | | | | |
| | **Cargo:** | Director técnico | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | Anglieb118@gmail.com | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3182239358 | | | | | | |
| | **Nombre otro contacto:** | Robinson Daza | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | 3106725077 | | | | | | |
| ** Tutor(a): resolución 0623 del 2020 y 3546 del 2018.* | **Teléfono (fijo/móvil):** | | | | | | | |
| **Persona en situación de discapacidad** *(Si aplica)* | **Nombre de la persona que asiste al aprendiz:** | | | | | | | |
| | **Tipo de asistencia** *(Lenguaje de señas, apoyo visual, entre otros)* **:** | | | | | | | |

### 2. Planeación de etapa productiva *Se realiza por una única vez)*

**Visita - momento N° 1 - Planeación de la Etapa Productiva**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha inicio Etapa Productiva (DD/MM/AA)** | 10/09/24 | **Fecha Fin de Etapa Productiva: (DD/MM/AA)** | 10/03/25 |
| **Alternativa de Etapa Productiva** | Pasantía | **Horario** (Indicar si es diurno, nocturno, días de la semana y la hora | Diurno, Lunes a Viernes 7:00 am a 5:00 pm |

**Ciudad** Miranda **y fecha concertación actividades:** 02/10/2024 **DIA/MES/AÑO de forma Presencial** ___ **o Virtual** _X__

**Concertación plan de trabajo durante la etapa productiva del aprendiz**

| | | |
|---|---|---|
| **Actividades a Desarrollar:** | *Relacione las actividades que el(la) aprendiz va a realizar según lo acordado con el ente coformador. (Estas deben corresponder al Perfil del egresado establecido en el programa de formación que el aprendiz está desarrollando)* | Apoyo en proceso de recepción técnica de medicamentos, limpieza y desinfección del área de medicamentos, semaforización y revisión de vencimientos, de acuerdo con el protocolo institucional.<br>Apoyo en proceso revisión de medicamentos en el área de almacenamiento, según los lineamientos institucionales y la normatividad vigente.<br>Apoyo en proceso de dispensación, según el protocolo institucional.<br>Apoyo en proceso de control de temperatura y humedas según los lineamientos institucionales.<br>Apoyo en el proceso de inyectología, de acuerdo con el protocolo de atención |
| **Evidencias de Aprendizaje** | *Describa las evidencias que se van a generar, de acuerdo a las actividades a desarrollar* | De acuerdo a las dinámicas de las tareas asignadas, la verificación del cumplimiento se realiza mediante observación de la ejecución de la misma. |
| **Competencias a Desarrollar** | *Escoja y transcriba las competencias TÉCNICAS del programa que planea desarrollar de acuerdo a las actividades a realizar, estas deben ser al menos dos (2)* | Controlar infecciones de acuerdo con protocolos y normativa de salud<br>Entregar productos farmacéuticos según delegación y normativa de salud<br>Orientar personas según normativa de salud |
| **Resultados de Aprendizaje** | *Relacione el o los resultados de aprendizaje de las competencias que van a desarrollarse* | RECONOCER LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA CONTROL DE INFECCIONES DE ACUERDO CON POLITICAS Y RECOMENDACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES<br>APLICAR PROTOCOLOS PARA EL CONTROL DE LA INFECCIÓN DE ACUERDO CON POLÍTICAS DE SEGURIDAD PACIENTE, GUÍAS DE MANEJO, NORMATIVIDAD NACIONAL<br>IMPLEMENTAR ACCIONES DE MEJORA DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SERVICIO PRESTADO<br>EVALUAR LA ENTREGA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS SEGÚN ESPECIFICACIONES DEL REQUERIMIENTO, PROTOCOLOS Y NORMATIVIDAD LEGAL<br>RECONOCER LINEAMIENTOS NORMATIVOS PARA LA ENTREGA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS SEGÚN NIVEL DE COMPETENCIA |

Noyeli Pace Medina
**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

Tatiana González R. Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas Fecha: 2024.10.08 20:20:21 -05'00'

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 3. Seguimiento etapa productiva

**Visita Seguimiento - Momento N° 2 - Seguimiento Etapa Productiva**

| **Periodo Evaluado** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado: (Periodo que comprende la fecha del momento de planeación al momento del seguimiento** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | |
| **El seguimiento se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | |

*Factores Técnicos*

| Variable | Descripción | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | Demuestra las competencias específicas del programa de formación en situaciones reales de trabajo. | | | |

| | |
|---|---|
| 1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz: | |
| 2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo | |

**Retroalimentación del(de la) aprendiz**

| | |
|---|---|
| 1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz | |
| 2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| JUICIO DE EVALUACIÓN: | APROBADO | ☐ | NO APROBADO | ☐ |

Nombre y firma del(de la) Aprendiz

Nombre y Firma del ente Coformador
(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)

Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)

Nombre y Firma
(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)

Ciudad_____y fecha concertación actividades:_____/_____/_____DIA/MES/AÑO de forma Presencial ___ o Virtual ____

Autorizo al SENA para la recolección y tratamiento de mis datos personales, conforme a la política de datos personales de la entidad, entiendo que los datos serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, cesión y todo el tratamiento, realizados por el SENA.

**Anexo**
*(Si aplica)*

**Seguimiento complementario a etapa productiva**

*Este apartado se diligencia en caso de que sea necesaria una visita de seguimiento extraordinaria.*

**Seguimiento - Visita - Momento -N°_____ - Seguimiento extraordinario Etapa Productiva**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Periodo Evaluado: | Inicio: | | Finalización: | |
| El seguimiento extraordinario se realizó en forma: | Presencial | | Virtual | |

*Factores Técnicos*

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| Transferencia de Conocimiento | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Mejora Continua | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Fortalecimiento Ocupacional | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Oportunidad y Calidad | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Responsabilidad Ambiental | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Administración de Recursos | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Seguridad y salud en el trabajo | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Documentación Etapa Productiva | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |

*Factores Actitudinales y Comportamentales*

| Variable | Valoración | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Mejora Continua** | Aporta activamente al mejoramiento de sus habilidades técnicas y métodos de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | Realiza acciones que fortalezcan su perfil ocupacional potenciando sus competencias en el marco de su proyecto de vida. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Oportunidad y Calidad** | Presenta con oportunidad y calidad los productos generados en el desarrollo de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Responsabilidad Ambiental** | Administra los recursos para el desarrollo de sus actividades con criterios de responsabilidad ambiental. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Administración de Recursos** | Utiliza de manera racional los materiales, equipos y herramientas suministrados para el desempeño de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | Utiliza los elementos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente establecida para sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Documentación Etapa Productiva** | Actualiza permanentemente el portafolio de evidencias. | | | |

| *Factores Actitudinales y Comportamentales* | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Variable** | **Descripción** | **Valoración** | | **Observaciones / Compromisos de mejora** |
| **Relaciones Interpersonales** | Desarrolla relaciones interpersonales en las diferentes áreas de la empresa en forma armoniosa, respetuosa y enmarcada en la comunicación asertiva demostrando un sentido de pertenencia con la organización. | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Trabajo en Equipo** | Participa en forma activa y propositiva en equipos de trabajo asumiendo los roles, de acuerdo con sus fortalezas. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Solución de Problemas** | Propone alternativas de solución a situaciones problemáticas, en el contexto del desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Cumplimiento** | Es comprometido con las actividades asignadas y con la empresa, demostrando puntualidad y proactividad en el desarrollo de su etapa productiva. | | | |
| **Organización** | Demuestra capacidad para ordenar y disponer los elementos necesarios e información que facilite la ejecución del trabajo y el logro de los objetivos. | **[Satisfactorio]** | | |

| **Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:** | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** |
|---|---|
| La aprendiz debe ponerse al día con la entrega de las evidencias de la Etapa Productiva (Bitácoras) y se compromete al envío del formato de seguimiento firmado en los próximos 3 días, con el fin de tener el registro del mismo en la Coordinación Académica. | Ninguna |
| **Observaciones del(de la) responsable ente Coformador:** | |

Sugiere que la aprendiz sea más disciplinada con el proceso de etapa productiva y comprometida con el desarrollo y adquisición de habilidades y destrezas en la etapa productiva.

Nombre y firma del(de la) Aprendiz

Nombre y Firma del ente Coformador
(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)

Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)

Nombre y Firma
(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)

## 4. Evaluación etapa productiva *(Este ítem solo se diligencia una vez, al finalizar la Etapa Productiva)*

Visita - Momento - N° ____ Evaluación Etapa Productiva

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo evaluado *( Fechas de inicio a fin, de la ejecución de la etapa productiva)* | Fecha de inicio: DD/MM/AA | | | Fecha de fin: DD/MM/AA | | |
| La evaluación se realizó en forma: | Presencial | | Virtual | | Número de visitas realizadas en toda la etapa productiva | |

### Evaluación de los factores y cumplimiento

*Factores Técnicos*

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| Transferencia de Conocimiento | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Mejora Continua | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Fortalecimiento Ocupacional | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Oportunidad y Calidad | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Responsabilidad Ambiental | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Administración de Recursos | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Seguridad y salud en el trabajo | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Documentación Etapa Productiva | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |

*Factores Actitudinales y Comportamentales*

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| Relaciones Interpersonales | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Trabajo en Equipo | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Solución de Problemas | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Cumplimiento | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Organización | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |

### Retroalimentación ente coformador o reconocimientos especiales

| | |
|---|---|
| 1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz: | |
| 2. Evaluación de las competencias técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo | |

### Retroalimentación instructor(a) con rol de seguimiento o reconocimientos especiales

| | | | |
|---|---|---|---|
| Relaciones Interpersonales | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Trabajo en Equipo | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Solución de Problemas | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Cumplimiento | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Organización | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Observaciones del responsable ente Coformador: | | Observaciones del(de la) Aprendiz: | |

**Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:**

Nombre y firma del(de la) Aprendiz

Nombre y Firma del ente Coformador
(Jefe inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)

Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)

Nombre y Firma
(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)

| | |
|---|---|
| | Versión: 05 |
| | Código: GFPI-F-023 |

**GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL**

**Formato de Planeación, Seguimiento y Evaluación de Etapa Productiva**

## 1. Información general

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regional:** | CAUCA | | | | | | | |
| **Centro de Formación:** | COMERCIO Y SERVICIOS | | | | | | | |
| **Programa de Formación:** | TÉCNICO SALUD PUBLICA | | | | | **No. Ficha** | **2774353** | |
| **Modalidad de Formación:** | **Presencial** | **x** | **Virtual** | | | **A Distancia** | | |
| **Datos del(de la) Aprendiz** | **Nombre Completo:** | Nelsy Amparo Jansasoy Ruiz | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | **NUIP.** | **Tarjeta de identidad** | **Cédula de ciudadanía** | **Cédula Digital** | **Cédula de extranjeria** | **Permiso especial permanente** | **Número libreta militar (si aplica)** |
| | | | | **x** | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 34340617 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3144909797 | | | | | | |
| | **Correo electrónico personal:** | Jansasoyruiz@gmail.com | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Alternativa de etapa productiva registrada** | Contrato de Aprendizaje | | | | | | |
| | **Fecha de Registro en SofiaPlus:** | 16/07/24 | | | | | | |
| **Datos del(de la) Instructor(a) con rol de seguimiento:** | **Nombre:** | Tatiana González Rojas | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | Cédula de Ciudadanía | | | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061746354 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | tgonzálezr@sena.edu.co | | | | | | |
| | **Correo electrónico alterno:** | tgonzalezrojas@misena.edu.co | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| **Datos del ente Coformador (Jefe Inmediato o Tutor(a)* y empresa u organización)** | **Nombre empresa o entidad coformadora:** | ASMET SALUD IPS SAS | | | | | | |
| | **Dirección:** | CARRERA 4 # 18N - 46 BARRIO SECTOR LA ESTANCIA | | | | | | |
| | **Nit:** | 900935126 | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Nombre del jefe inmediato/ coformador del(de la) aprendiz/tutor(a):** | Carolina Guzman Ruiz | | | | | | |
| | **Cargo:** | Coordinadora de contratación y gestión del riesgo | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | Carolina.guzman@asmetsalud.com | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3183744684 | | | | | | |
| | **Nombre otro contacto:** | NA | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| ** Tutor(a): resolución 0623 del 2020 y 3546 del 2018.* | **Teléfono (fijo/móvil):** | | | | | | | |
| **Persona en situación de discapacidad** *(Si aplica)* | **Nombre de la persona que asiste al aprendiz:** | | | | | | | |
| | **Tipo de asistencia** *(Lenguaje de señas, apoyo visual, entre otros)* **:** | | | | | | | |

## 2. Planeación de etapa productiva *Se realiza por una única vez)*

**Visita - momento N° 1 - Planeación de la Etapa Productiva**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha inicio Etapa Productiva (DD/MM/AA)** | 16/07/24 | **Fecha Fin de Etapa Productiva: (DD/MM/AA)** | 15/01/25 |
| **Alternativa de Etapa Productiva** | Contrato de Aprendizaje | **Horario** (Indicar si es diurno, nocturno, días de la semana y la hora | Diurno, Lunes a viernes de 7:00 am a 12:00 m y 1:00 pm a 5:00 pm. |

**Ciudad Popayán y fecha concertación actividades: 02/10/2024 DIA/MES/AÑO de forma Presencial X o Virtual ___**

**Concertación plan de trabajo durante la etapa productiva del aprendiz**

| | | |
|---|---|---|
| **Actividades a Desarrollar:** | *Relacione las actividades que el(la) aprendiz va a realizar según lo acordado con el ente coformador. (Estas deben corresponder al Perfil del egresado establecido en el programa de formación que el aprendiz está desarrollando)* | Seguimiento a legalización de anticipos.<br>Registrar en Drive de anticipos la gestión realizada por el equipo de contratación<br>Elaboración de carpeta de usuario con soportes para el cargue a la ruta de contratación para posterior revisión el analista y cargue en ruta de contratación.<br>Organización del directorio de contratación especificando prestador Nombre tal y como aparece en el RUT, número de contacto actualizado, dirección, Municipio en donde se encuentra ubicado. |
| **Evidencias de Aprendizaje** | *Describa las evidencias que se van a generar, de acuerdo a las actividades a desarrollar* | Drive y bases de datos institucionales. |
| **Competencias a Desarrollar** | *Escoja y transcriba las competencias* TÉCNICAS *del programa que planea desarrollar de acuerdo a las actividades a realizar, estas deben ser al menos dos (2)* | Monitorear eventos de salud pública según ámbito comunitario y normativa de salud |
| **Resultados de Aprendizaje** | *Relacione el o los resultados de aprendizaje de las competencias que van a desarrollarse* | 4. EVALUAR LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON DELEGACIÓN Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS<br>2. APLICAR ACCIONES DE CONTROL DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD DE ACUERDO CON DELEGACIÓN Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS<br>1. RECONOCER EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA TENIENDO EN CUENTA EL HÁBITAT DE LAS PERSONAS, MEDIO AMBIENTE, COMPORTAMIENTO, CONSUMO Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.<br>3. DESARROLLAR ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON DELEGACIÓN Y PROTOCOLOS |

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas
Fecha: 2024.10.08 21:21:02 -05'00'

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 3. Seguimiento etapa productiva

**Visita Segumiento - Momento N° 2 - Seguimiento Etapa Productiva**

| | | Periodo Evaluado | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado: (Periodo que comprende la fecha del momento de planeación al momento del seguimiento** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | 16/07/24 | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | 4/10/24 |
| **El seguimiento se realizó en forma:** | **Presencial** | X | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Descripción | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | Demuestra las competencias específicas del programa de formación en situaciones reales de trabajo. | | **[Por mejorar]** | Debe fortalecer la habilidad en el uso de herramientas offimáticas, principalmente el manejo de Excel. La aprendiz se compromete a realizar Curso Corto de Excel Intermedio. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Mejora Continua** | Aporta activamente al mejoramiento de sus habilidades técnicas y métodos de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | Realiza acciones que fortalezcan su perfil ocupacional potenciando sus competencias en el marco de su proyecto de vida. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Oportunidad y Calidad** | Presenta con oportunidad y calidad los productos generados en el desarrollo de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Responsabilidad Ambiental** | Administra los recursos para el desarrollo de sus actividades con criterios de responsabilidad ambiental. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Administración de Recursos** | Utiliza de manera racional los materiales, equipos y herramientas suministrados para el desempeño de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | Utiliza los elementos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente establecida para sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Documentación Etapa Productiva** | Actualiza permanentemente el portafolio de evidencias. | **[Satisfactorio]** | | |
| ***Factores Actitudinales y Comportamentales*** | | | | |
| **Variable** | **Descripción** | **Valoración** | | **Observaciones / Compromisos de mejora** |
| **Relaciones Interpersonales** | Desarrolla relaciones interpersonales en las diferentes áreas de la empresa en forma armoniosa, respetuosa y enmarcada en la comunicación asertiva demostrando un sentido de pertenencia con la organización. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Trabajo en Equipo** | Participa en forma activa y propositiva en equipos de trabajo asumiendo los roles, de acuerdo con sus fortalezas. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Solución de Problemas** | Propone alternativas de solución a situaciones problemáticas, en el contexto del desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Cumplimiento** | Es comprometido con las actividades asignadas y con la empresa, demostrando puntualidad y proactividad en el desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Organización** | Demuestra capacidad para ordenar y disponer los elementos necesarios e información que facilite la ejecución del trabajo y el logro de los objetivos. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:** | | | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** |
| La aprendiz demuestra interés por el proceso de aprendizaje, evidencia compromiso con la ejecución de su Etapa Productiva y con el proceso de seguimiento. | | | | Al inicio de su práctica, presentó dificultades debido a que las actividades eran nuevas, pero ha ligrado adquirir muchos aprendizajes. Se siente agradecida, apoyada por el equipo de trabajo, por la jefe y cada día aprende más. |
| **Observaciones del(de la) responsable ente Coformador:** | | | | |

La aprendiz hdebe continuar fortaleciendo habilidades en el manejo de herramientas ofimáticas principalmente el uso de Excel.

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 4. Evaluación etapa productiva *(Este ítem solo se diligencia una vez, al finalizar la Etapa Productiva)*

**Visita - Momento - N° ____ Evaluación Etapa Productiva**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo evaluado** ***( Fechas de inicio a fin, de la ejecución de la etapa productiva)*** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | | |
| **La evaluación se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | | **Número de visitas realizadas en toda la etapa productiva** | |

**Evaluación de los factores y cumplimiento**

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

**Retroalimentación ente coformador o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | |
| **2. Evaluación de las competencias técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar Información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | |

**Retroalimentación instructor(a) con rol de seguimiento o reconocimientos especiales**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | | | | |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | | | | |
| **Retroalimentación del(de la) aprendiz** | | | | |
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz** | | | | |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | | | | |
| **JUICIO DE EVALUACIÓN:** | **APROBADO** | ☐ | **NO APROBADO** | ☐ |

Carolina Figueroa Ruiz

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

**Ciudad_____y fecha concertación actividades:_____/_____/_____DIA/MES/AÑO de forma Presencial ___ o Virtual ____**

Autorizo al SENA para la recolección y tratamiento de mis datos personales, conforme a la política de datos personales de la entidad, entiendo que los datos serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, cesión y todo el tratamiento, realizados por el SENA.

**Anexo**
*(Si aplica)*

**Seguimiento complementario a etapa productiva**

*Este apartado se diligencia en caso de que sea necesaria una visita de seguimiento extraordinaria.*

**Seguimiento - Visita - Momento -N°_____ - Seguimiento extraordinario Etapa Productiva**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado:** | **Inicio:** | | **Finalización:** | | |
| **El seguimiento extraordinario se realizó en forma:** | **Presencial** | | | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Observaciones del responsable ente Coformador:** | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** | |

**Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:**

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

| | |
|---|---|
| SENA | Versión: 05<br>Código: GFPI-F-023 |

# GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

## Formato de Planeación, Seguimiento y Evaluación de Etapa Productiva

### 1. Información general

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regional:** | CAUCA | | | | | | | |
| **Centro de Formación:** | COMERCIO Y SERVICIOS | | | | | | | |
| **Programa de Formación:** | TÉCNICO APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD | | | | | **No. Ficha** | **2774356** | |
| **Modalidad de Formación:** | **Presencial** | x | **Virtual** | | | **A Distancia** | | |
| **Datos del(de la) Aprendiz** | **Nombre Completo:** | Yineth Valentina Anacona Cabrera | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | **NUIP.** | **Tarjeta de identidad** | **Cédula de ciudadanía** | **Cédula Digital** | **Cédula de extranjeria** | **Permiso especial permanente** | **Número libreta militar (si aplica)** |
| | | | | x | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1002777372 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3136664447 | | | | | | |
| | **Correo electrónico personal:** | valentinaanacona241218@gmail.com | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Alternativa de etapa productiva registrada** | Contrato de Aprendizaje | | | | | | |
| | **Fecha de Registro en SofiaPlus:** | 26/07/24 | | | | | | |
| **Datos del(de la) Instructor(a) con rol de seguimiento:** | **Nombre:** | Tatiana González Rojas | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | Cédula de Ciudadanía | | | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061746354 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | tgonzálezr@sena.edu.co | | | | | | |
| | **Correo electrónico alterno:** | tgonzalezrojas@misena.edu.co | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| **Datos del ente Coformador (Jefe Inmediato o Tutor(a)* y empresa u organización)** | **Nombre empresa o entidad coformadora:** | CLINICA SAN RAFAEL DE POPAYAN SAS | | | | | | |
| | **Dirección:** | cl 18 AN 5-20 | | | | | | |
| | **Nit:** | 901552405 | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Nombre del jefe inmediato/ coformador del(de la) aprendiz/tutor(a):** | Jimmy Ortega | | | | | | |
| | **Cargo:** | Coordinador de facturación | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | coordfacturacion.csrp@stewardcolombia.org | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3162722382 | | | | | | |
| | **Nombre otro contacto:** | NA | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| ** Tutor(a): resolución 0623 del 2020 y 3546 del 2018.* | **Teléfono (fijo/móvil):** | | | | | | | |
| **Persona en situación de discapacidad** *(Si aplica)* | **Nombre de la persona que asiste al aprendiz:** | | | | | | | |
| | **Tipo de asistencia** *(Lenguaje de señas, apoyo visual, entre otros)*: | | | | | | | |

### 2. Planeación de etapa productiva *Se realiza por una única vez)*

**Visita - momento N° 1 - Planeación de la Etapa Productiva**

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha inicio Etapa Productiva (DD/MM/AA)** | 26/07/24 | **Fecha Fin de Etapa Productiva: (DD/MM/AA)** | 25/01/25 |
| **Alternativa de Etapa Productiva** | Contrato de Aprendizaje | **Horario** (Indicar si es diurno, nocturno, días de la semana y la hora | Diurno, Lunes a viernes de 7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm. |

**Ciudad** Popayán **y fecha concertación actividades:** 04/10/2024 **DIA/MES/AÑO de forma Presencial** X **o Virtual** ___

**Concertación plan de trabajo durante la etapa productiva del aprendiz**

| | | |
|---|---|---|
| **Actividades a Desarrollar:** | *Relacione las actividades que el(la) aprendiz va a realizar según lo acordado con el ente coformador. (Estas deben corresponder al Perfil del egresado establecido en el programa de formación que el aprendiz está desarrollando)* | Apoyar el proceso de admisiones, de acuerdo con los lineamientos institucionales.<br>Apoyo en proceso de autorizaciones en diferentes servicios como urgencias, hospitalización, imágenes, cirugía, consulta externa y laboratorio, según lineamientos institucionales. |
| **Evidencias de Aprendizaje** | *Describa las evidencias que se van a generar, de acuerdo a las actividades a desarrollar* | Sistema institucional de registro.<br>Informes<br>Trazabilidad actividad de usuario y contraseña asigamdo.<br><br>Nota: La aprnediz es muy activa y ha tenido un muy buen desempeño hasta la fecha. |
| **Competencias a Desarrollar** | *Escoja y transcriba las competencias TÉCNICAS del programa que planea desarrollar de acuerdo a las actividades a realizar, estas deben ser al menos dos (2)* | REALIZA ADMISIÓN AL USUARIO EN SALUD |
| **Resultados de Aprendizaje** | *Relacione el o los resultados de aprendizaje de las competencias que van a desarrollarse* | 1. RECONOCER CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO CON NORMATIVA.<br>2. TRAMITAR LA ADMISIÓN DE LA PERSONA A LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN OFERTA INSTITUCIONAL, ACUERDOS CONTRACTUALES Y NORMATIVA LEGAL VIGENTE<br>3. VERIFICAR SOPORTES DE ATENCIÓN EN SALUD TENIENDO EN CUENTA ACUERDOS CONTRACTUALES, CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO Y NORMATIVA. |

Valentina Aracona C

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

Tatiana González R.

Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas
Fecha: 2024.10.10 22:51:44 -05'00'

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| | Versión: 05 |
| | Código: GFPI-F-023 |

**GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL**

**Formato de Planeación, Seguimiento y Evaluación de Etapa Productiva**

## 1. Información general

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regional:** | CAUCA | | | | | | | |
| **Centro de Formación:** | COMERCIO Y SERVICIOS | | | | | | | |
| **Programa de Formación:** | TECNÓLOGO EN GESTION ADMINISTRATIVA DEL SECTOR SALUD. | | | | **No. Ficha** | **2620986** | | |
| **Modalidad de Formación:** | **Presencial** | **x** | **Virtual** | | **A Distancia** | | | |
| **Datos del(de la) Aprendiz** | **Nombre Completo:** | Aleyda Maritza Manquillo Escobar | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | **NUIP.** | **Tarjeta de identidad** | **Cédula de ciudadanía** | **Cédula Digital** | **Cédula de extranjeria** | **Permiso especial permanente** | **Número libreta militar (si aplica)** |
| | | | | **x** | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061820772 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | **3107237290** | | | | | | |
| | **Correo electrónico personal:** | maritzaescobar727@gmail.com | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Alternativa de etapa productiva registrada** | Contrato de Aprendizaje | | | | | | |
| | **Fecha de Registro en SofiaPlus:** | 11/07/24 | | | | | | |
| **Datos del(de la) Instructor(a) con rol de seguimiento:** | **Nombre:** | Tatiana González Rojas | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | Cédula de Ciudadanía | | | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061746354 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | tgonzálezr@sena.edu.co | | | | | | |
| | **Correo electrónico alterno:** | tgonzalezrojas@misena.edu.co | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| **Datos del ente Coformador (Jefe Inmediato o Tutor(a)* y empresa u organización)** | **Nombre empresa o entidad coformadora:** | ASMET SALUD EPS SAS | | | | | | |
| | **Dirección:** | CARRERA 4 # 18N - 46 BARRIO SECTOR LA ESTANCIA | | | | | | |
| | **Nit:** | 900935126 | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Nombre del jefe inmediato/ coformador del(de la) aprendiz/tutor(a):** | Paola Andrea Peña | | | | | | |
| | **Cargo:** | Profesional Contact Center | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | 3058953149 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | paola.pena@asmetsalud.com | | | | | | |
| | **Nombre otro contacto:** | Felipe Yamid Reyes Quenguan | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | felipe.reyes@asmetsalud.com | | | | | | |
| ** Tutor(a): resolución 0623 del 2020 y 3546 del 2018.* | **Teléfono (fijo/móvil):** | | | | | | | |
| **Persona en situación de discapacidad** *(Si aplica)* | **Nombre de la persona que asiste al aprendiz:** | | | | | | | |
| | **Tipo de asistencia** *(Lenguaje de señas, apoyo visual, entre otros)* **:** | | | | | | | |

## 2. Planeación de etapa productiva *Se realiza por una única vez)*

**Visita - momento N° 1 - Planeación de la Etapa Productiva**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha inicio Etapa Productiva (DD/MM/AA)** | 11/07/24 | **Fecha Fin de Etapa Productiva: (DD/MM/AA)** | 10/01/25 |
| **Alternativa de Etapa Productiva** | Contrato de Aprendizaje | **Horario** (Indicar si es diurno, nocturno, días de la semana y la hora | Diurno, Lunes a viernes de 7:00 am a 12:00 m y 1:00 pm a 5:00 pm. |

**Ciudad_____y fecha concertación actividades:_____DIA/MES/AÑO de forma Presencial ___ o Virtual _**

**Concertación plan de trabajo durante la etapa productiva del aprendiz**

| | | |
|---|---|---|
| **Actividades a Desarrollar:** | *Relacione las actividades que el(la) aprendiz va a realizar según lo acordado con el ente coformador. (Estas deben corresponder al Perfil del egresado establecido en el programa de formación que el aprendiz está desarrollando)* | |
| **Evidencias de Aprendizaje** | *Describa las evidencias que se van a generar, de acuerdo a las actividades a desarrollar* | |
| **Competencias a Desarrollar** | *Escoja y transcriba las competencias* TÉCNICAS *del programa que planea desarrollar de acuerdo a las actividades a realizar, estas deben ser al menos dos (2)* | |
| **Resultados de Aprendizaje** | *Relacione el o los resultados de aprendizaje de las competencias que van a desarrollarse* | |

_____

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

_____

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

_____

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

_____

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 3. Seguimiento etapa productiva

**Visita Segumiento - Momento N° 2 - Seguimiento Etapa Productiva**

| | | Periodo Evaluado | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado: (Periodo que comprende la fecha del momento de planeación al momento del seguimiento** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | 11/07/24 | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | 3/10/24 |
| **El seguimiento se realizó en forma:** | **Presencial** | **X** | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Descripción | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | Demuestra las competencias específicas del programa de formación en situaciones reales de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Mejora Continua** | Aporta activamente al mejoramiento de sus habilidades técnicas y métodos de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | Realiza acciones que fortalezcan su perfil ocupacional potenciando sus competencias en el marco de su proyecto de vida. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Oportunidad y Calidad** | Presenta con oportunidad y calidad los productos generados en el desarrollo de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Responsabilidad Ambiental** | Administra los recursos para el desarrollo de sus actividades con criterios de responsabilidad ambiental. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Administración de Recursos** | Utiliza de manera racional los materiales, equipos y herramientas suministrados para el desempeño de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | Utiliza los elementos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente establecida para sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Documentación Etapa Productiva** | Actualiza permanentemente el portafolio de evidencias. | **[Satisfactorio]** | | |
| ***Factores Actitudinales y Comportamentales*** | | | | |
| **Variable** | **Descripción** | **Valoración** | | **Observaciones / Compromisos de mejora** |
| **Relaciones Interpersonales** | Desarrolla relaciones interpersonales en las diferentes áreas de la empresa en forma armoniosa, respetuosa y enmarcada en la comunicación asertiva demostrando un sentido de pertenencia con la organización. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Trabajo en Equipo** | Participa en forma activa y propositiva en equipos de trabajo asumiendo los roles, de acuerdo con sus fortalezas. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Solución de Problemas** | Propone alternativas de solución a situaciones problemáticas, en el contexto del desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Cumplimiento** | Es comprometido con las actividades asignadas y con la empresa, demostrando puntualidad y proactividad en el desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Organización** | Demuestra capacidad para ordenar y disponer los elementos necesarios e información que facilite la ejecución del trabajo y el logro de los objetivos. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:** | | | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** |
| El aprendiz demuestra interés por el proceso de aprendizaje, evidencia compromiso con la ejecución de su Etapa Productiva y con el proceso de seguimiento. | | | | Ha tenido muchos aprendizajes en lo que lleva de su Etapa Productiva y se ha sentido muy bien. |
| **Observaciones del(de la) responsable ente Coformador:** | | | | |

LA aprendiz ha tenido un buen desempeño hasta la fecha, buen manejo del drive y de las encuestas. Ha tenido un nivel alto en los indicadores, evidencia buen manejo de excel y aporta al mejoramientos continuo, es proactiva.

Nombre y firma del(de la) Aprendiz

Nombre y Firma del ente Coformador
(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)

Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas
Fecha: 2024.10.08 20:35:42 -05'00'

Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)

Nombre y Firma
(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)

## 4. Evaluación etapa productiva *(Este ítem solo se diligencia una vez, al finalizar la Etapa Productiva)*

**Visita - Momento - N°____Evaluación Etapa Productiva**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo evaluado** *( Fechas de inicio a fin, de la ejecución de la etapa productiva)* | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | | |
| **La evaluación se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | | **Número de visitas realizadas en toda la etapa productiva** | |

**Evaluación de los factores y cumplimiento**

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| Transferencia de Conocimiento | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Mejora Continua | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Fortalecimiento Ocupacional | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Oportunidad y Calidad | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Responsabilidad Ambiental | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Administración de Recursos | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Seguridad y salud en el trabajo | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Documentación Etapa Productiva | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| Relaciones Interpersonales | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Trabajo en Equipo | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Solución de Problemas | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Cumplimiento | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Organización | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |

**Retroalimentación ente coformador o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | |
| **2. Evaluación de las competencias técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar Información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | |

**Retroalimentación instructor(a) con rol de seguimiento o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | |

**Retroalimentación del(de la) aprendiz**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz** | |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | |

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

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

**Ciudad_____y fecha concertación actividades:_____/_____/_____DIA/MES/AÑO de forma Presencial ___ o Virtual _____**

Autorizo al SENA para la recolección y tratamiento de mis datos personales, conforme a la política de datos personales de la entidad, entiendo que los datos serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, cesión y todo el tratamiento, realizados por el SENA.

**Anexo**
*(Si aplica)*

**Seguimiento complementario a etapa productiva**

*Este apartado se diligencia en caso de que sea necesaria una visita de seguimiento extraordinaria.*

**Seguimiento - Visita - Momento -N°_____- Seguimiento extraordinario Etapa Productiva**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado:** | **Inicio:** | | **Finalización:** | | |
| **El seguimiento extraordinario se realizó en forma:** | **Presencial** | | | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Observaciones del responsable ente Coformador:** | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** | |

**Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:**

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

| | |
|---|---|
| | Versión: 05 |
| | Código: GFPI-F-023 |

**GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL**

**Formato de Planeación, Seguimiento y Evaluación de Etapa Productiva**

## 1. Información general

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regional:** | CAUCA | | | | | | | |
| **Centro de Formación:** | COMERCIO Y SERVICIOS | | | | | | | |
| **Programa de Formación:** | TÉCNICO EN APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD. | | | | | **No. Ficha** | **2774350** | |
| **Modalidad de Formación:** | **Presencial** | **x** | **Virtual** | | | **A Distancia** | | |
| **Datos del(de la) Aprendiz** | **Nombre Completo:** | Jenifer Fernanda Fernandez Borrero | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | **NUIP.** | **Tarjeta de identidad** | **Cédula de ciudadanía** | **Cédula Digital** | **Cédula de extranjeria** | **Permiso especial permanente** | **Número libreta militar (si aplica)** |
| | | | | **x** | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1003103723 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | **3217468572-3218498738** | | | | | | |
| | **Correo electrónico personal:** | ff8873550@gmail.com | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Alternativa de etapa productiva registrada** | Contrato de Aprendizaje | | | | | | |
| | **Fecha de Registro en SofiaPlus:** | 16/07/24 | | | | | | |
| **Datos del(de la) Instructor(a) con rol de seguimiento:** | **Nombre:** | Tatiana González Rojas | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | Cédula de Ciudadanía | | | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061746354 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | tgonzálezr@sena.edu.co | | | | | | |
| | **Correo electrónico alterno:** | tgonzalezrojas@misena.edu.co | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| **Datos del ente Coformador (Jefe Inmediato o Tutor(a)* y empresa u organización)** | **Nombre empresa o entidad coformadora:** | ASMET SALUD EPS SAS | | | | | | |
| | **Dirección:** | CARRERA 4 # 18N - 46 BARRIO SECTOR LA ESTANCIA | | | | | | |
| | **Nit:** | 900935126 | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Nombre del jefe inmediato/ coformador del(de la) aprendiz/tutor(a):** | Carolina Guzman Ruiz | | | | | | |
| | **Cargo:** | Coordinadora de contratación y gestión del riesgo | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | Carolina.guzman@asmetsalud.com | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3183744684 | | | | | | |
| | **Nombre otro contacto:** | NA | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| ** Tutor(a): resolución 0623 del 2020 y 3546 del 2018.* | **Teléfono (fijo/móvil):** | | | | | | | |
| **Persona en situación de discapacidad** *(Si aplica)* | **Nombre de la persona que asiste al aprendiz:** | | | | | | | |
| | **Tipo de asistencia** *(Lenguaje de señas, apoyo visual, entre otros)* **:** | | | | | | | |

## 2. Planeación de etapa productiva *Se realiza por una única vez)*

**Visita - momento N° 1 - Planeación de la Etapa Productiva**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha inicio Etapa Productiva (DD/MM/AA)** | 16/07/24 | **Fecha Fin de Etapa Productiva: (DD/MM/AA)** | 15/01/25 |
| **Alternativa de Etapa Productiva** | Contrato de Aprendizaje | **Horario** (Indicar si es diurno, nocturno, días de la semana y la hora | Diurno, Lunes a viernes de 7:00 am a 12:00 m y 1:00 pm a 5:00 pm. |

**Ciudad Popayán y fecha concertación actividades: 02/10/2024 DIA/MES/AÑO de forma Presencial X o Virtual ___**

**Concertación plan de trabajo durante la etapa productiva del aprendiz**

| | | |
|---|---|---|
| **Actividades a Desarrollar:** | *Relacione las actividades que el(la) aprendiz va a realizar según lo acordado con el ente coformador. (Estas deben corresponder al Perfil del egresado establecido en el programa de formación que el aprendiz está desarrollando)* | Seguimiento a legalización de anticipos.<br>Registrar en Drive de anticipos la gestión realizada por el equipo de contratación<br>Elaboración de carpeta de usuario con soportes para el cargue a la ruta de contratación para posterior revisión el analista y cargue en ruta de contratación.<br>Organización del directorio de contratación especificando prestador Nombre tal y como aparece en el RUT, número de contacto actualizado, dirección, Municipio en donde se encuentra ubicado. |
| **Evidencias de Aprendizaje** | *Describa las evidencias que se van a generar, de acuerdo a las actividades a desarrollar* | Drive y bases de datos institucionales. |
| **Competencias a Desarrollar** | *Escoja y transcriba las competencias* TÉCNICAS *del programa que planea desarrollar de acuerdo a las actividades a realizar, estas deben ser al menos dos (2)* | Monitorear eventos de salud pública según ámbito comunitario y normativa de salud |
| **Resultados de Aprendizaje** | *Relacione el o los resultados de aprendizaje de las competencias que van a desarrollarse* | 4. EVALUAR LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON DELEGACIÓN Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS<br>2. APLICAR ACCIONES DE CONTROL DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD DE ACUERDO CON DELEGACIÓN Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS<br>1. RECONOCER EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA TENIENDO EN CUENTA EL HÁBITAT DE LAS PERSONAS, MEDIO AMBIENTE, COMPORTAMIENTO, CONSUMO Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.<br>3. DESARROLLAR ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON DELEGACIÓN Y PROTOCOLOS |

Carolina Aguirre Ruiz

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

Tatiana González R.

Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas
Fecha: 2024.10.08 21:19:41 -05'00'

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 3. Seguimiento etapa productiva

**Visita Segumiento - Momento N° 2 - Seguimiento Etapa Productiva**

| | | Periodo Evaluado | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado: (Periodo que comprende la fecha del momento de planeación al momento del seguimiento** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | 16/07/24 | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | 4/10/24 |
| **El seguimiento se realizó en forma:** | **Presencial** | X | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Descripción | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | Demuestra las competencias específicas del programa de formación en situaciones reales de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Mejora Continua** | Aporta activamente al mejoramiento de sus habilidades técnicas y métodos de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | Realiza acciones que fortalezcan su perfil ocupacional potenciando sus competencias en el marco de su proyecto de vida. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Oportunidad y Calidad** | Presenta con oportunidad y calidad los productos generados en el desarrollo de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Responsabilidad Ambiental** | Administra los recursos para el desarrollo de sus actividades con criterios de responsabilidad ambiental. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Administración de Recursos** | Utiliza de manera racional los materiales, equipos y herramientas suministrados para el desempeño de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | Utiliza los elementos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente establecida para sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Documentación Etapa Productiva** | Actualiza permanentemente el portafolio de evidencias. | **[Satisfactorio]** | | |
| ***Factores Actitudinales y Comportamentales*** | | | | |
| **Variable** | **Descripción** | **Valoración** | | **Observaciones / Compromisos de mejora** |
| **Relaciones Interpersonales** | Desarrolla relaciones interpersonales en las diferentes áreas de la empresa en forma armoniosa, respetuosa y enmarcada en la comunicación asertiva demostrando un sentido de pertenencia con la organización. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Trabajo en Equipo** | Participa en forma activa y propositiva en equipos de trabajo asumiendo los roles, de acuerdo con sus fortalezas. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Solución de Problemas** | Propone alternativas de solución a situaciones problemáticas, en el contexto del desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Cumplimiento** | Es comprometido con las actividades asignadas y con la empresa, demostrando puntualidad y proactividad en el desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Organización** | Demuestra capacidad para ordenar y disponer los elementos necesarios e información que facilite la ejecución del trabajo y el logro de los objetivos. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:** | | | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** |
| La aprendiz demuestra interés por el proceso de aprendizaje, evidencia compromiso con la ejecución de su Etapa Productiva y con el proceso de seguimiento. | | | | Se siente agradecida, apoyada por el equipo de trabajo, por la jefe y cada día aprende más. Siente que han sido pacientes con ella y le gustan las actividades desarrolladas. |
| **Observaciones del(de la) responsable ente Coformador:** | | | | |

La aprendiz hdebe continuar fortaleciendo habilidades en el manejo de herramientas ofimáticas principalmente el uso de Excel y el relacionamiento con el equipo de trabajo.

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas
Fecha: 2024.10.08 21:20:09 -05'00'

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 4. Evaluación etapa productiva *(Este ítem solo se diligencia una vez, al finalizar la Etapa Productiva)*

**Visita - Momento - N° ____ Evaluación Etapa Productiva**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo evaluado** ***( Fechas de inicio a fin, de la ejecución de la etapa productiva)*** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | | |
| **La evaluación se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | | **Número de visitas realizadas en toda la etapa productiva** | |

**Evaluación de los factores y cumplimiento**

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

**Retroalimentación ente coformador o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | |
| **2. Evaluación de las competencias técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar Información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | |

**Retroalimentación instructor(a) con rol de seguimiento o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | |

**Retroalimentación del(de la) aprendiz**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz** | |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | |

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

Carolina Figueroa Ruiz

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

**Ciudad_____y fecha concertación actividades:_____/_____/_____DIA/MES/AÑO de forma Presencial ___ o Virtual ____**

Autorizo al SENA para la recolección y tratamiento de mis datos personales, conforme a la política de datos personales de la entidad, entiendo que los datos serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, cesión y todo el tratamiento, realizados por el SENA.

**Anexo**
*(Si aplica)*

**Seguimiento complementario a etapa productiva**

*Este apartado se diligencia en caso de que sea necesaria una visita de seguimiento extraordinaria.*

**Seguimiento - Visita - Momento -N°_____ - Seguimiento extraordinario Etapa Productiva**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado:** | **Inicio:** | | **Finalización:** | |
| **El seguimiento extraordinario se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Observaciones del responsable ente Coformador:** | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** | |

**Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:**

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

| | |
|---|---|
| | Versión: 05 |
| | Código: GFPI-F-023 |

**GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL**

**Formato de Planeación, Seguimiento y Evaluación de Etapa Productiva**

## 1. Información general

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regional:** | CAUCA | | | | | | | |
| **Centro de Formación:** | COMERCIO Y SERVICIOS | | | | | | | |
| **Programa de Formación:** | TÉCNICO SALUD PUBLICA | | | | | **No. Ficha** | **2774353** | |
| **Modalidad de Formación:** | **Presencial** | **x** | **Virtual** | | | **A Distancia** | | |
| **Datos del(de la) Aprendiz** | **Nombre Completo:** | Nelsy Amparo Jansasoy Ruiz | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | **NUIP.** | **Tarjeta de identidad** | **Cédula de ciudadanía** | **Cédula Digital** | **Cédula de extranjeria** | **Permiso especial permanente** | **Número libreta militar (si aplica)** |
| | | | | **x** | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 34340617 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3144909797 | | | | | | |
| | **Correo electrónico personal:** | Jansasoyruiz@gmail.com | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Alternativa de etapa productiva registrada** | Contrato de Aprendizaje | | | | | | |
| | **Fecha de Registro en SofiaPlus:** | 16/07/24 | | | | | | |
| **Datos del(de la) Instructor(a) con rol de seguimiento:** | **Nombre:** | Tatiana González Rojas | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | Cédula de Ciudadanía | | | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061746354 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | tgonzálezr@sena.edu.co | | | | | | |
| | **Correo electrónico alterno:** | tgonzalezrojas@misena.edu.co | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| **Datos del ente Coformador (Jefe Inmediato o Tutor(a)* y empresa u organización)** | **Nombre empresa o entidad coformadora:** | ASMET SALUD IPS SAS | | | | | | |
| | **Dirección:** | CARRERA 4 # 18N - 46 BARRIO SECTOR LA ESTANCIA | | | | | | |
| | **Nit:** | 900935126 | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Nombre del jefe inmediato/ coformador del(de la) aprendiz/tutor(a):** | Carolina Guzman Ruiz | | | | | | |
| | **Cargo:** | Coordinadora de contratación y gestión del riesgo | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | Carolina.guzman@asmetsalud.com | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3183744684 | | | | | | |
| | **Nombre otro contacto:** | NA | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| ** Tutor(a): resolución 0623 del 2020 y 3546 del 2018.* | **Teléfono (fijo/móvil):** | | | | | | | |
| **Persona en situación de discapacidad** *(Si aplica)* | **Nombre de la persona que asiste al aprendiz:** | | | | | | | |
| | **Tipo de asistencia** *(Lenguaje de señas, apoyo visual, entre otros)* **:** | | | | | | | |

## 2. Planeación de etapa productiva *Se realiza por una única vez)*

**Visita - momento N° 1 - Planeación de la Etapa Productiva**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha inicio Etapa Productiva (DD/MM/AA)** | 16/07/24 | **Fecha Fin de Etapa Productiva: (DD/MM/AA)** | 15/01/25 |
| **Alternativa de Etapa Productiva** | Contrato de Aprendizaje | **Horario** (Indicar si es diurno, nocturno, días de la semana y la hora | Diurno, Lunes a viernes de 7:00 am a 12:00 m y 1:00 pm a 5:00 pm. |

**Ciudad Popayán y fecha concertación actividades: 02/10/2024 DIA/MES/AÑO de forma Presencial X o Virtual ___**

**Concertación plan de trabajo durante la etapa productiva del aprendiz**

| | | |
|---|---|---|
| **Actividades a Desarrollar:** | *Relacione las actividades que el(la) aprendiz va a realizar según lo acordado con el ente coformador. (Estas deben corresponder al Perfil del egresado establecido en el programa de formación que el aprendiz está desarrollando)* | Seguimiento a legalización de anticipos.<br>Registrar en Drive de anticipos la gestión realizada por el equipo de contratación<br>Elaboración de carpeta de usuario con soportes para el cargue a la ruta de contratación para posterior revisión el analista y cargue en ruta de contratación.<br>Organización del directorio de contratación especificando prestador Nombre tal y como aparece en el RUT, número de contacto actualizado, dirección, Municipio en donde se encuentra ubicado. |
| **Evidencias de Aprendizaje** | *Describa las evidencias que se van a generar, de acuerdo a las actividades a desarrollar* | Drive y bases de datos institucionales. |
| **Competencias a Desarrollar** | *Escoja y transcriba las competencias* TÉCNICAS *del programa que planea desarrollar de acuerdo a las actividades a realizar, estas deben ser al menos dos (2)* | Monitorear eventos de salud pública según ámbito comunitario y normativa de salud |
| **Resultados de Aprendizaje** | *Relacione el o los resultados de aprendizaje de las competencias que van a desarrollarse* | 4. EVALUAR LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON DELEGACIÓN Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS<br>2. APLICAR ACCIONES DE CONTROL DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD DE ACUERDO CON DELEGACIÓN Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS<br>1. RECONOCER EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA TENIENDO EN CUENTA EL HÁBITAT DE LAS PERSONAS, MEDIO AMBIENTE, COMPORTAMIENTO, CONSUMO Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.<br>3. DESARROLLAR ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON DELEGACIÓN Y PROTOCOLOS |

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas
Fecha: 2024.10.08 21:21:02 -05'00'

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 3. Seguimiento etapa productiva

**Visita Segumiento - Momento N° 2 - Seguimiento Etapa Productiva**

| | | Periodo Evaluado | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado: (Periodo que comprende la fecha del momento de planeación al momento del seguimiento** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | 16/07/24 | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | 4/10/24 |
| **El seguimiento se realizó en forma:** | **Presencial** | X | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Descripción | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | Demuestra las competencias específicas del programa de formación en situaciones reales de trabajo. | | **[Por mejorar]** | Debe fortalecer la habilidad en el uso de herramientas offimáticas, principalmente el manejo de Excel. La aprendiz se compromete a realizar Curso Corto de Excel Intermedio. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Mejora Continua** | Aporta activamente al mejoramiento de sus habilidades técnicas y métodos de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | Realiza acciones que fortalezcan su perfil ocupacional potenciando sus competencias en el marco de su proyecto de vida. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Oportunidad y Calidad** | Presenta con oportunidad y calidad los productos generados en el desarrollo de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Responsabilidad Ambiental** | Administra los recursos para el desarrollo de sus actividades con criterios de responsabilidad ambiental. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Administración de Recursos** | Utiliza de manera racional los materiales, equipos y herramientas suministrados para el desempeño de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | Utiliza los elementos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente establecida para sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Documentación Etapa Productiva** | Actualiza permanentemente el portafolio de evidencias. | **[Satisfactorio]** | | |
| ***Factores Actitudinales y Comportamentales*** | | | | |
| **Variable** | **Descripción** | **Valoración** | | **Observaciones / Compromisos de mejora** |
| **Relaciones Interpersonales** | Desarrolla relaciones interpersonales en las diferentes áreas de la empresa en forma armoniosa, respetuosa y enmarcada en la comunicación asertiva demostrando un sentido de pertenencia con la organización. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Trabajo en Equipo** | Participa en forma activa y propositiva en equipos de trabajo asumiendo los roles, de acuerdo con sus fortalezas. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Solución de Problemas** | Propone alternativas de solución a situaciones problemáticas, en el contexto del desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Cumplimiento** | Es comprometido con las actividades asignadas y con la empresa, demostrando puntualidad y proactividad en el desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Organización** | Demuestra capacidad para ordenar y disponer los elementos necesarios e información que facilite la ejecución del trabajo y el logro de los objetivos. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:** | | | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** |
| La aprendiz demuestra interés por el proceso de aprendizaje, evidencia compromiso con la ejecución de su Etapa Productiva y con el proceso de seguimiento. | | | | Al inicio de su práctica, presentó dificultades debido a que las actividades eran nuevas, pero ha ligrado adquirir muchos aprendizajes. Se siente agradecida, apoyada por el equipo de trabajo, por la jefe y cada día aprende más. |
| **Observaciones del(de la) responsable ente Coformador:** | | | | |

La aprendiz hdebe continuar fortaleciendo habilidades en el manejo de herramientas ofimáticas principalmente el uso de Excel.

Nombre y firma del(de la) Aprendiz

Nombre y Firma del ente Coformador
(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)

Tatiana González R. Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas
Fecha: 2024.10.08 21:21:29 -05'00'

Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)

Nombre y Firma
(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)

## 4. Evaluación etapa productiva *(Este ítem solo se diligencia una vez, al finalizar la Etapa Productiva)*

**Visita - Momento - N° ____ Evaluación Etapa Productiva**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo evaluado** ***( Fechas de inicio a fin, de la ejecución de la etapa productiva)*** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | | |
| **La evaluación se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | | **Número de visitas realizadas en toda la etapa productiva** | |

**Evaluación de los factores y cumplimiento**

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

**Retroalimentación ente coformador o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | |
| **2. Evaluación de las competencias técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar Información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | |

**Retroalimentación instructor(a) con rol de seguimiento o reconocimientos especiales**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | | | | |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | | | | |
| **Retroalimentación del(de la) aprendiz** | | | | |
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz** | | | | |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | | | | |
| **JUICIO DE EVALUACIÓN:** | **APROBADO** | ☐ | **NO APROBADO** | ☐ |

Carolina Figueroa Ruiz

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

**Ciudad_____y fecha concertación actividades:_____/_____/_____DIA/MES/AÑO de forma Presencial ___ o Virtual ____**

Autorizo al SENA para la recolección y tratamiento de mis datos personales, conforme a la política de datos personales de la entidad, entiendo que los datos serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, cesión y todo el tratamiento, realizados por el SENA.

**Anexo**
*(Si aplica)*

**Seguimiento complementario a etapa productiva**

*Este apartado se diligencia en caso de que sea necesaria una visita de seguimiento extraordinaria.*

**Seguimiento - Visita - Momento -N°_____ - Seguimiento extraordinario Etapa Productiva**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado:** | **Inicio:** | | **Finalización:** | | |
| **El seguimiento extraordinario se realizó en forma:** | **Presencial** | | | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Observaciones del responsable ente Coformador:** | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** | |

**Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:**

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

| | |
|---|---|
| | Versión: 05 |
| | Código: GFPI-F-023 |

**GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL**

**Formato de Planeación, Seguimiento y Evaluación de Etapa Productiva**

## 1. Información general

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regional:** | CAUCA | | | | | | | |
| **Centro de Formación:** | COMERCIO Y SERVICIOS | | | | | | | |
| **Programa de Formación:** | TÉCNICO APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD | | | | | **No. Ficha** | 2774356 | |
| **Modalidad de Formación:** | **Presencial** | **x** | **Virtual** | | | **A Distancia** | | |
| **Datos del(de la) Aprendiz** | **Nombre Completo:** | Blanca Nancy Padilla Botina | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | **NUIP.** | **Tarjeta de identidad** | **Cédula de ciudadanía** | **Cédula Digital** | **Cédula de extranjeria** | **Permiso especial permanente** | **Número libreta militar (si aplica)** |
| | | | | **x** | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061691531 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3164174731 | | | | | | |
| | **Correo electrónico personal:** | titote1903@gmail.com | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Alternativa de etapa productiva registrada** | Contrato de Aprendizaje | | | | | | |
| | **Fecha de Registro en SofiaPlus:** | 15/08/24 | | | | | | |
| **Datos del(de la) Instructor(a) con rol de seguimiento:** | **Nombre:** | Tatiana González Rojas | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | Cédula de Ciudadanía | | | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061746354 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | tgonzálezr@sena.edu.co | | | | | | |
| | **Correo electrónico alterno:** | tgonzalezrojas@misena.edu.co | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| **Datos del ente Coformador (Jefe Inmediato o Tutor(a)* y empresa u organización)** | **Nombre empresa o entidad coformadora:** | AMEZQUITA ACOSTA LTDA | | | | | | |
| | **Dirección:** | CL 4 7-88 | | | | | | |
| | **Nit:** | 817006121 | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Nombre del jefe inmediato/ coformador del(de la) aprendiz/tutor(a):** | Oscar Lopez | | | | | | |
| | **Cargo:** | Gerente | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | opticauca@hotmail.com | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 6028240321 | | | | | | |
| | **Nombre otro contacto:** | NA | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| ** Tutor(a): resolución 0623 del 2020 y 3546 del 2018.* | **Teléfono (fijo/móvil):** | | | | | | | |
| **Persona en situación de discapacidad** *(Si aplica)* | **Nombre de la persona que asiste al aprendiz:** | | | | | | | |
| | **Tipo de asistencia** *(Lenguaje de señas, apoyo visual, entre otros)* **:** | | | | | | | |

## 2. Planeación de etapa productiva *Se realiza por una única vez)*

**Visita - momento N° 1 - Planeación de la Etapa Productiva**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha inicio Etapa Productiva (DD/MM/AA)** | 15/08/24 | **Fecha Fin de Etapa Productiva: (DD/MM/AA)** | 14/02/25 |
| **Alternativa de Etapa Productiva** | Contrato de Aprendizaje | **Horario** (Indicar si es diurno, nocturno, días de la semana y la hora | Diruno, lunes a viernes: 7:20 am a 1:00 pm y de 1:40 pm a 5:00 pm |

**Ciudad Popayán y fecha concertación actividades: 08/10/2024 DIA/MES/AÑO de forma Presencial X o Virtual ___**

**Concertación plan de trabajo durante la etapa productiva del aprendiz**

| | | |
|---|---|---|
| **Actividades a Desarrollar:** | *Relacione las actividades que el(la) aprendiz va a realizar según lo acordado con el ente coformador. (Estas deben corresponder al Perfil del egresado establecido en el programa de formación que el aprendiz está desarrollando)* | Apoyar el proceso de orientar al usuario en los servicios, de acuerdo lineamientos de la empresa.<br>Apoyar el proceso de admisiones, de acuerdo con el protocolo.<br>Apoyar el proceso de gestión de cuentas médicas de EPS, de acuerdo con los lineamientos institucionales. |
| **Evidencias de Aprendizaje** | *Describa las evidencias que se van a generar, de acuerdo a las actividades a desarrollar* | Informe semanal. |
| **Competencias a Desarrollar** | *Escoja y transcriba las competencias* TÉCNICAS *del programa que planea desarrollar de acuerdo a las actividades a realizar, estas deben ser al menos dos (2)* | REALIZA ADMISIÓN AL USUARIO EN SALUD<br>Registrar información de acuerdo con normativa y procedimiento técnico |
| **Resultados de Aprendizaje** | *Relacione el o los resultados de aprendizaje de las competencias que van a desarrollarse* | 1. RECONOCER CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO CON NORMATIVA.<br>2. TRAMITAR LA ADMISIÓN DE LA PERSONA A LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN OFERTA INSTITUCIONAL, ACUERDOS CONTRACTUALES Y NORMATIVA LEGAL VIGENTE<br>3. VERIFICAR SOPORTES DE ATENCIÓN EN SALUD TENIENDO EN CUENTA ACUERDOS CONTRACTUALES, CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO Y NORMATIVA.<br>1. RECONOCER EL PROCESO DE FACTURACIÓN EN SALUD SEGÚN EL MARCO NORMATIVO Y POLÍTICAS INSTITUCIONALES.<br>3. VERIFICAR SOPORTES GENERADOS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO CON TIPO DE ASEGURAMIENTO, NORMAS TÉCNICOS Y LEGALES VIGENTES.<br>4. ALIMENTAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN EN SALUD TENIENDO EN CUENTA TECNOLOGÍAS DISPONIBLES Y NORMATIVA VIGENTE<br>2. LIQUIDAR SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS SEGÚN NORMATIVA VIGENTE Y LINEAMIENTOS |

Blanca Nancy Padilla Botina

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

Tatiana González R.

Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas
Fecha: 2024.10.09 15:27:58 -05'00'

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 3. Seguimiento etapa productiva

**Visita Segumiento - Momento N° 2 - Seguimiento Etapa Productiva**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Periodo Evaluado** | | |
| **Periodo Evaluado: (Periodo que comprende la fecha del momento de planeación al momento del seguimiento** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | |
| **El seguimiento se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Descripción | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | Demuestra las competencias específicas del programa de formación en situaciones reales de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Mejora Continua** | Aporta activamente al mejoramiento de sus habilidades técnicas y métodos de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | Realiza acciones que fortalezcan su perfil ocupacional potenciando sus competencias en el marco de su proyecto de vida. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Oportunidad y Calidad** | Presenta con oportunidad y calidad los productos generados en el desarrollo de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Responsabilidad Ambiental** | Administra los recursos para el desarrollo de sus actividades con criterios de responsabilidad ambiental. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Administración de Recursos** | Utiliza de manera racional los materiales, equipos y herramientas suministrados para el desempeño de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | Utiliza los elementos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente establecida para sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Documentación Etapa Productiva** | Actualiza permanentemente el portafolio de evidencias. | **[Satisfactorio]** | | |
| ***Factores Actitudinales y Comportamentales*** | | | | |
| **Variable** | **Descripción** | **Valoración** | | **Observaciones / Compromisos de mejora** |
| **Relaciones Interpersonales** | Desarrolla relaciones interpersonales en las diferentes áreas de la empresa en forma armoniosa, respetuosa y enmarcada en la comunicación asertiva demostrando un sentido de pertenencia con la organización. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Trabajo en Equipo** | Participa en forma activa y propositiva en equipos de trabajo asumiendo los roles, de acuerdo con sus fortalezas. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Solución de Problemas** | Propone alternativas de solución a situaciones problemáticas, en el contexto del desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Cumplimiento** | Es comprometido con las actividades asignadas y con la empresa, demostrando puntualidad y proactividad en el desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Organización** | Demuestra capacidad para ordenar y disponer los elementos necesarios e información que facilite la ejecución del trabajo y el logro de los objetivos. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:** | | | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** |
| | | | | |
| **Observaciones del(de la) responsable ente Coformador:** | | | | |

Blanca Nancy Padilla Botina

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 4. Evaluación etapa productiva *(Este ítem solo se diligencia una vez, al finalizar la Etapa Productiva)*

**Visita - Momento - N° 3 Evaluación Etapa Productiva**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo evaluado** ***( Fechas de inicio a fin, de la ejecución de la etapa productiva)*** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | 15/08/24 | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | 29/08/24 | |
| **La evaluación se realizó en forma:** | **Presencial** | **X** | **Virtual** | | **Número de visitas realizadas en toda la etapa productiva** | 1 |

**Evaluación de los factores y cumplimiento**

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | | |

**Retroalimentación ente coformador o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | La aprendiz tuvo un buen desempeño, sin novedades en los días que estuvo en la empresa. |
| **2. Evaluación de las competencias técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar Información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | No aplica. |

**Retroalimentación instructor(a) con rol de seguimiento o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | La aprendiz finaliza el contrato de aprendizaje debido a situaciones médicas presentadas con su hija de 3 años. |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | No aplica. |
| **Retroalimentación del(de la) aprendiz** | |
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz** | S encuentra agradecida por la oportunidad y la comprensión frente a su situación. |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | Ninguna |

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

Blanca Nancy Padilla Botina

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

Tatiana González R.

Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas
Fecha: 2024.10.09 15:28:32 -05'00'

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

**Ciudad Popayán y fecha concertación actividades: 08/10/2024 DIA/MES/AÑO de forma Presencial X o Virtual ____**

Autorizo al SENA para la recolección y tratamiento de mis datos personales, conforme a la política de datos personales de la entidad, entiendo que los datos serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, cesión y todo el tratamiento, realizados por el SENA.

**Anexo**
*(Si aplica)*

**Seguimiento complementario a etapa productiva**

*Este apartado se diligencia en caso de que sea necesaria una visita de seguimiento extraordinaria.*

**Seguimiento - Visita - Momento -N°_____ - Seguimiento extraordinario Etapa Productiva**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado:** | **Inicio:** | | **Finalización:** | |
| **El seguimiento extraordinario se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| **Variable** | **Valoración** | | **Observaciones / Compromisos de mejora** |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| **Variable** | **Valoración** | **Observaciones / Compromisos de mejora** |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Observaciones del responsable ente Coformador:** | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** | |

**Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:**

Blanca Nancy Padilla Botina

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

| | |
|---|---|
| | Versión: 05 |
| | Código: GFPI-F-023 |

**GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL**

**Formato de Planeación, Seguimiento y Evaluación de Etapa Productiva**

## 1. Información general

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regional:** | CAUCA | | | | | | | |
| **Centro de Formación:** | COMERCIO Y SERVICIOS | | | | | | | |
| **Programa de Formación:** | TÉCNICO APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD | | | | | **No. Ficha** | 2774356 | |
| **Modalidad de Formación:** | **Presencial** | **x** | **Virtual** | | | **A Distancia** | | |
| **Datos del(de la) Aprendiz** | **Nombre Completo:** | Blanca Nancy Padilla Botina | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | **NUIP.** | **Tarjeta de identidad** | **Cédula de ciudadanía** | **Cédula Digital** | **Cédula de extranjeria** | **Permiso especial permanente** | **Número libreta militar (si aplica)** |
| | | | | **x** | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061691531 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3164174731 | | | | | | |
| | **Correo electrónico personal:** | titote1903@gmail.com | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Alternativa de etapa productiva registrada** | Contrato de Aprendizaje | | | | | | |
| | **Fecha de Registro en SofiaPlus:** | 15/08/24 | | | | | | |
| **Datos del(de la) Instructor(a) con rol de seguimiento:** | **Nombre:** | Tatiana González Rojas | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | Cédula de Ciudadanía | | | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061746354 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | tgonzálezr@sena.edu.co | | | | | | |
| | **Correo electrónico alterno:** | tgonzalezrojas@misena.edu.co | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| **Datos del ente Coformador (Jefe Inmediato o Tutor(a)* y empresa u organización)** | **Nombre empresa o entidad coformadora:** | AMEZQUITA ACOSTA LTDA | | | | | | |
| | **Dirección:** | CL 4 7-88 | | | | | | |
| | **Nit:** | 817006121 | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Nombre del jefe inmediato/ coformador del(de la) aprendiz/tutor(a):** | Oscar Lopez | | | | | | |
| | **Cargo:** | Gerente | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | opticauca@hotmail.com | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 6028240321 | | | | | | |
| | **Nombre otro contacto:** | NA | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| ** Tutor(a): resolución 0623 del 2020 y 3546 del 2018.* | **Teléfono (fijo/móvil):** | | | | | | | |
| **Persona en situación de discapacidad** *(Si aplica)* | **Nombre de la persona que asiste al aprendiz:** | | | | | | | |
| | **Tipo de asistencia** *(Lenguaje de señas, apoyo visual, entre otros)* **:** | | | | | | | |

## 2. Planeación de etapa productiva *Se realiza por una única vez)*

**Visita - momento N° 1 - Planeación de la Etapa Productiva**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha inicio Etapa Productiva (DD/MM/AA)** | 15/08/24 | **Fecha Fin de Etapa Productiva: (DD/MM/AA)** | 14/02/25 |
| **Alternativa de Etapa Productiva** | Contrato de Aprendizaje | **Horario** (Indicar si es diurno, nocturno, días de la semana y la hora | Diruno, lunes a viernes: 7:20 am a 1:00 pm y de 1:40 pm a 5:00 pm |

**Ciudad Popayán y fecha concertación actividades: 08/10/2024 DIA/MES/AÑO de forma Presencial X o Virtual ___**

**Concertación plan de trabajo durante la etapa productiva del aprendiz**

| | | |
|---|---|---|
| **Actividades a Desarrollar:** | *Relacione las actividades que el(la) aprendiz va a realizar según lo acordado con el ente coformador. (Estas deben corresponder al Perfil del egresado establecido en el programa de formación que el aprendiz está desarrollando)* | Apoyar el proceso de orientar al usuario en los servicios, de acuerdo lineamientos de la empresa.<br>Apoyar el proceso de admisiones, de acuerdo con el protocolo.<br>Apoyar el proceso de gestión de cuentas médicas de EPS, de acuerdo con los lineamientos institucionales. |
| **Evidencias de Aprendizaje** | *Describa las evidencias que se van a generar, de acuerdo a las actividades a desarrollar* | Informe semanal. |
| **Competencias a Desarrollar** | *Escoja y transcriba las competencias* TÉCNICAS *del programa que planea desarrollar de acuerdo a las actividades a realizar, estas deben ser al menos dos (2)* | REALIZA ADMISIÓN AL USUARIO EN SALUD<br>Registrar información de acuerdo con normativa y procedimiento técnico |
| **Resultados de Aprendizaje** | *Relacione el o los resultados de aprendizaje de las competencias que van a desarrollarse* | 1. RECONOCER CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO CON NORMATIVA.<br>2. TRAMITAR LA ADMISIÓN DE LA PERSONA A LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN OFERTA INSTITUCIONAL, ACUERDOS CONTRACTUALES Y NORMATIVA LEGAL VIGENTE<br>3. VERIFICAR SOPORTES DE ATENCIÓN EN SALUD TENIENDO EN CUENTA ACUERDOS CONTRACTUALES, CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO Y NORMATIVA.<br>1. RECONOCER EL PROCESO DE FACTURACIÓN EN SALUD SEGÚN EL MARCO NORMATIVO Y POLÍTICAS INSTITUCIONALES.<br>3. VERIFICAR SOPORTES GENERADOS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO CON TIPO DE ASEGURAMIENTO, NORMAS TÉCNICOS Y LEGALES VIGENTES.<br>4. ALIMENTAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN EN SALUD TENIENDO EN CUENTA TECNOLOGÍAS DISPONIBLES Y NORMATIVA VIGENTE<br>2. LIQUIDAR SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS SEGÚN NORMATIVA VIGENTE Y LINEAMIENTOS |

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

Tatiana González R. Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas
Fecha: 2024.10.09 15:27:58 -05'00'

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 3. Seguimiento etapa productiva

**Visita Segumiento - Momento N° 2 - Seguimiento Etapa Productiva**

| | | Periodo Evaluado | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado: (Periodo que comprende la fecha del momento de planeación al momento del seguimiento** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | |
| **El seguimiento se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Descripción | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | Demuestra las competencias específicas del programa de formación en situaciones reales de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Mejora Continua** | Aporta activamente al mejoramiento de sus habilidades técnicas y métodos de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | Realiza acciones que fortalezcan su perfil ocupacional potenciando sus competencias en el marco de su proyecto de vida. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Oportunidad y Calidad** | Presenta con oportunidad y calidad los productos generados en el desarrollo de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Responsabilidad Ambiental** | Administra los recursos para el desarrollo de sus actividades con criterios de responsabilidad ambiental. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Administración de Recursos** | Utiliza de manera racional los materiales, equipos y herramientas suministrados para el desempeño de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | Utiliza los elementos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente establecida para sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Documentación Etapa Productiva** | Actualiza permanentemente el portafolio de evidencias. | **[Satisfactorio]** | | |
| ***Factores Actitudinales y Comportamentales*** | | | | |
| **Variable** | **Descripción** | **Valoración** | | **Observaciones / Compromisos de mejora** |
| **Relaciones Interpersonales** | Desarrolla relaciones interpersonales en las diferentes áreas de la empresa en forma armoniosa, respetuosa y enmarcada en la comunicación asertiva demostrando un sentido de pertenencia con la organización. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Trabajo en Equipo** | Participa en forma activa y propositiva en equipos de trabajo asumiendo los roles, de acuerdo con sus fortalezas. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Solución de Problemas** | Propone alternativas de solución a situaciones problemáticas, en el contexto del desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Cumplimiento** | Es comprometido con las actividades asignadas y con la empresa, demostrando puntualidad y proactividad en el desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Organización** | Demuestra capacidad para ordenar y disponer los elementos necesarios e información que facilite la ejecución del trabajo y el logro de los objetivos. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:** | | | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** |
| | | | | |
| **Observaciones del(de la) responsable ente Coformador:** | | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre y firma del(de la) Aprendiz** | **Nombre y Firma del ente Coformador (Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)** |
| **Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)** | **Nombre y Firma (Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)** |

## 4. Evaluación etapa productiva *(Este ítem solo se diligencia una vez, al finalizar la Etapa Productiva)*

**Visita - Momento - N° 3 Evaluación Etapa Productiva**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo evaluado** ***( Fechas de inicio a fin, de la ejecución de la etapa productiva)*** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | 15/08/24 | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | 29/08/24 | | |
| **La evaluación se realizó en forma:** | **Presencial** | **X** | **Virtual** | | **Número de visitas realizadas en toda la etapa productiva** | 1 | |

**Evaluación de los factores y cumplimiento**

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | | |

**Retroalimentación ente coformador o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | La aprendiz tuvo un buen desempeño, sin novedades en los días que estuvo en la empresa. |
| **2. Evaluación de las competencias técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar Información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | No aplica. |

**Retroalimentación instructor(a) con rol de seguimiento o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | La aprendiz finaliza el contrato de aprendizaje debido a situaciones médicas presentadas con su hija de 3 años. |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | No aplica. |
| **Retroalimentación del(de la) aprendiz** | |
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz** | S encuentra agradecida por la oportunidad y la comprensión frente a su situación. |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | Ninguna |

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

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

Tatiana González R.
Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas
Fecha: 2024.10.09 15:28:32 -05'00'

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

**Ciudad Popayán y fecha concertación actividades: 08/10/2024 DIA/MES/AÑO de forma Presencial X o Virtual ____**

Autorizo al SENA para la recolección y tratamiento de mis datos personales, conforme a la política de datos personales de la entidad, entiendo que los datos serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, cesión y todo el tratamiento, realizados por el SENA.

**Anexo**
*(Si aplica)*

**Seguimiento complementario a etapa productiva**

*Este apartado se diligencia en caso de que sea necesaria una visita de seguimiento extraordinaria.*

**Seguimiento - Visita - Momento -N°_____ - Seguimiento extraordinario Etapa Productiva**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado:** | **Inicio:** | | **Finalización:** | |
| **El seguimiento extraordinario se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Mejora Continua** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Oportunidad y Calidad** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Responsabilidad Ambiental** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Administración de Recursos** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Documentación Etapa Productiva** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Observaciones del responsable ente Coformador:** | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** | |

**Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:**

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Versión: 05 | |
| | | | | | | | Código: GFPI-F-023 | |

**GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL**

**Formato de Planeación, Seguimiento y Evaluación de Etapa Productiva**

**1. Información general**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regional:** | CAUCA | | | | | | | |
| **Centro de Formación:** | COMERCIO Y SERVICIOS | | | | | | | |
| **Programa de Formación:** | TÉCNICO EN SERVICIOS FARMACEUTICOS | | | | | **No. Ficha** | 2621005 | |
| **Modalidad de Formación:** | **Presencial** | x | **Virtual** | | | **A Distancia** | | |
| **Datos del(de la) Aprendiz** | **Nombre Completo:** | Karent Shalon Vidal Piamba | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | **NUIP.** | **Tarjeta de identidad** | **Cédula de ciudadanía** | **Cédula Digital** | **Cédula de extranjería** | **Permiso especial permanente** | **Número libreta militar (si aplica)** |
| | | | | x | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1002962076 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3113354002 | | | | | | |
| | **Correo electrónico personal:** | kpiamba24@gmail.com | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Alternativa de etapa productiva registrada** | Contrato de Aprendizaje | | | | | | |
| | **Fecha de Registro en SofiaPlus:** | 10/04/24 | | | | | | |
| **Datos del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:** | **Nombre:** | Tatiana González Rojas | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | Cédula de Ciudadanía | | | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061746354 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | tgonzálezr@sena.edu.co | | | | | | |
| | **Correo electrónico alterno:** | tgonzalezrojas@misena.edu.co | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| **Datos del ente Coformador (Jefe inmediato o Tutor(a)* y empresa u organización)** | **Nombre empresa o entidad coformadora:** | GRUPO DAO SAS | | | | | | |
| | **Dirección:** | Calle 67 n # 9 - 59 | | | | | | |
| | **Nit:** | 817004260 | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Nombre del jefe inmediato/ coformador del(de la) aprendiz/tutor(a):** | Julián Sánchez | | | | | | |
| | **Cargo:** | Jefe inmediato | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o institucional:** | dao3@dao.com.co | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3105465719 | | | | | | |
| | **Nombre otro contacto:** | NA | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o institucional:** | NA | | | | | | |
| ** Tutor(a): resolución 0623 del 2020 y 3546 del 2018.* | **Teléfono (fijo/móvil):** | | | | | | | |
| **Persona en situación de discapacidad** *(Si aplica)* | **Nombre de la persona que asiste al aprendiz:** | | | | | | | |
| | **Tipo de asistencia** *(Lenguaje de señas, apoyo visual, entre otros)* **:** | | | | | | | |

**2. Planeación de etapa productiva** ***Se realiza por una única vez)***

**Visita - momento N° 1 - Planeación de la Etapa Productiva**

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha Inicio Etapa Productiva (DD/MM/AA)** | | **Fecha Fin de Etapa Productiva: (DD/MM/AA)** | |
| **Alternativa de Etapa Productiva** | | **Horario** (Indicar si es diurno, nocturno, días de la semana y la hora | |

**Ciudad_____y fecha concertación actividades:____/ /2024____DIA/MES/AÑO de forma Presencial ___ o Virtual _X__**

**Concertación plan de trabajo durante la etapa productiva del aprendiz**

| | | |
|---|---|---|
| **Actividades a Desarrollar:** | *Relacione las actividades que el(la) aprendiz va a realizar según lo acordado con el ente coformador. (Estas deben corresponder al Perfil del egresado establecido en el programa de formación que el aprendiz está desarrollando)* | |
| **Evidencias de Aprendizaje** | *Describa las evidencias que se van a generar, de acuerdo a las actividades a desarrollar* | |
| **Competencias a Desarrollar** | *Escoja y transcriba las competencias* TÉCNICAS *del programa que planea desarrollar de acuerdo a las actividades a realizar, estas deben ser al menos dos (2)* | |
| **Resultados de Aprendizaje** | *Relacione el o los resultados de aprendizaje de las competencias que van a desarrollarse* | |

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 3. Seguimiento etapa productiva

**Visita Seguimiento - Momento N° 2 - Seguimiento Etapa Productiva**

**Periodo Evaluado**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado: (Periodo que comprende la fecha del momento de planeación al momento del seguimiento** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | |
| **El seguimiento se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | X |

***Factores Técnicos***

| Variable | Descripción | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | Demuestra las competencias específicas del programa de formación en situaciones reales de trabajo. | (Satisfactorio) | | |

Powered by CamScanner

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Mejora Continua** | Aporta activamente al mejoramiento de sus habilidades técnicas y métodos de trabajo. | [Satisfactorio] | | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | Realiza acciones que fortalezcan su perfil ocupacional potenciando sus competencias en el marco de su proyecto de vida. | [Satisfactorio] | | |
| **Oportunidad y Calidad** | Presenta con oportunidad y calidad los productos generados en el desarrollo de sus actividades. | [Satisfactorio] | | |
| **Responsabilidad Ambiental** | Administra los recursos para el desarrollo de sus actividades con criterios de responsabilidad ambiental. | [Satisfactorio] | | |
| **Administración de Recursos** | Utiliza de manera racional los materiales, equipos y herramientas suministrados para el desempeño de sus actividades. | [Satisfactorio] | | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | Utiliza los elementos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente establecida para sus actividades. | [Satisfactorio] | | |
| **Documentación Etapa Productiva** | Actualiza permanentemente el portafolio de evidencias. | [Satisfactorio] | | |
| ***Factores Actitudinales y Comportamentales*** | | | | |
| **Variable** | **Descripción** | **Valoración** | | **Observaciones / Compromisos de mejora** |
| **Relaciones Interpersonales** | Desarrolla relaciones interpersonales en las diferentes áreas de la empresa en forma armoniosa, respetuosa y enmarcada en la comunicación asertiva demostrando un sentido de pertenencia con la organización. | [Satisfactorio] | | |
| **Trabajo en Equipo** | Participa en forma activa y propositiva en equipos de trabajo asumiendo los roles, de acuerdo con sus fortalezas. | [Satisfactorio] | | |
| **Solución de Problemas** | Propone alternativas de solución a situaciones problemáticas, en el contexto del desarrollo de su etapa productiva. | [Satisfactorio] | | |
| **Cumplimiento** | Es comprometido con las actividades asignadas y con la empresa, demostrando puntualidad y proactividad en el desarrollo de su etapa productiva. | [Satisfactorio] | | |
| **Organización** | Demuestra capacidad para ordenar y disponer los elementos necesarios e información que facilite la ejecución del trabajo y el logro de los objetivos. | [Satisfactorio] | | |
| **Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:** | | | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** |
| | | | | |
| **Observaciones del(de la) responsable ente Coformador:** | | | | |

Powered by CamScanner

Nombre y firma del(de la) Aprendiz

Nombre y Firma del ente Coformador
(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)

Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (SI es del caso)

Nombre y Firma
(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)

## 4. Evaluación etapa productiva *(Este item solo se diligencia una vez, al finalizar la Etapa Productiva)*

**Visita - Momento - N° 3 Evaluación Etapa Productiva**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo evaluado** *( Fechas de inicio a fin, de la ejecución de la etapa productiva)* | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | 10/04/24 | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | 9/10/24 | |
| **La evaluación se realizó en forma:** | **Presencial** | X | **Virtual** | | **Número de visitas realizadas en toda la etapa productiva** | 3 |

**Evaluación de los factores y cumplimiento**

*Factores Técnicos*

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| Transferencia de Conocimiento | [Satisfactorio] | | |
| Mejora Continua | [Satisfactorio] | | |
| Fortalecimiento Ocupacional | [Satisfactorio] | | |
| Oportunidad y Calidad | [Satisfactorio] | | |
| Responsabilidad Ambiental | [Satisfactorio] | | |
| Administración de Recursos | [Satisfactorio] | | |
| Seguridad y salud en el trabajo | [Satisfactorio] | | |
| Documentación Etapa Productiva | [Satisfactorio] | | |

*Factores Actitudinales y Comportamentales*

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| Relaciones Interpersonales | [Satisfactorio] | | |
| Trabajo en Equipo | [Satisfactorio] | | |
| Solución de Problemas | [Satisfactorio] | | |
| Cumplimiento | [Satisfactorio] | | |
| Organización | [Satisfactorio] | | |

**Retroalimentación ente coformador o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | La aprendiz tuvo un desempeño satisfactorio durante su Etapa Productiva |
| **2. Evaluación de las competencias técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | La aprendiz sobresalió por su desempeño, ganas de aprender, disposición para recibir orientaciones y están contentos por su desempeño en la empresa |

**Retroalimentación instructor(a) con rol de seguimiento o reconocimientos especiales**

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | La aprendiz desarrolló su etapa productiva de manera satisfacotia y comprometida con el proceso. |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | La aprendiz aplicó las competencias de formación adquiridas durante su Etapa Lectiva y logró el cumplimiento de las actividades propuestas en la empresa, de tal manera que practicó los conocimiento teóricos adquiridos y desarrolló habilidades que le permitirán desempeñarse en el mundo laboral. Motivo por el cual logró el reconocimiento dado por el jefe inmediato. |

**Retroalimentación del(de la) aprendiz**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz** | Se sintió contenta y acogida con el proceso en la empresa. Se sintió apoyada por elequipo de trabajo y agradecida con la emprsa con los aprendizajes suministrados. |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | Ninguna |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **JUICIO DE EVALUACIÓN:** | **APROBADO** | [X] | **NO APROBADO** | ☐ |

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

**Ciudad** Popayán **y fecha concertación actividades:** 07/10/2024 **DIA/MES/AÑO de forma Presencial** X **o Virtual** ____

Autorizo al SENA para la recolección y tratamiento de mis datos personales, conforme a la política de datos personales de la entidad, entiendo que los datos serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, cesión y todo el tratamiento, realizados por el SENA.

**Anexo**
*(Si aplica)*

**Seguimiento complementario a etapa productiva**

*Este apartado se diligencia en caso de que sea necesaria una visita de seguimiento extraordinaria.*

**Seguimiento - Visita - Momento -N°_____ - Seguimiento extraordinario Etapa Productiva**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado:** | **Inicio:** | | **Finalización:** | |
| **El seguimiento extraordinario se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | |

*Factores Técnicos*

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| Transferencia de Conocimiento | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Mejora Continua | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Fortalecimiento Ocupacional | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Oportunidad y Calidad | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Responsabilidad Ambiental | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Administración de Recursos | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Seguridad y salud en el trabajo | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Documentación Etapa Productiva | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |

*Factores Actitudinales y Comportamentales*

| Variable | Valoración | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| Relaciones Interpersonales | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Trabajo en Equipo | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Solución de Problemas | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Cumplimiento | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Organización | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Observaciones del responsable ente Coformador: | | Observaciones del(de la) Aprendiz: | |

**Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:**

Karent Shalon vidal
CC 1002962076.
**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| | Versión: 05 |
| | Código: GFPI-F-023 |

**GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL**

**Formato de Planeación, Seguimiento y Evaluación de Etapa Productiva**

**1. Información general**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regional:** | CAUCA | | | | | | | |
| **Centro de Formación:** | COMERCIO Y SERVICIOS | | | | | | | |
| **Programa de Formación:** | TÉCNICO EN SERVICIOS FARMACEUTICOS | | | | | **No. Ficha** | 2621005 | |
| **Modalidad de Formación:** | **Presencial** | x | **Virtual** | | | **A Distancia** | | |
| **Datos del(de la) Aprendiz** | **Nombre Completo:** | Karent Shalon Vidal Piamba | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | **NUIP.** | **Tarjeta de identidad** | **Cédula de ciudadanía** | **Cédula Digital** | **Cédula de extranjería** | **Permiso especial permanente** | **Número libreta militar (si aplica)** |
| | | | | x | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1002962076 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3113354002 | | | | | | |
| | **Correo electrónico personal:** | kpiamba24@gmail.com | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Alternativa de etapa productiva registrada** | Contrato de Aprendizaje | | | | | | |
| | **Fecha de Registro en SofiaPlus:** | 10/04/24 | | | | | | |
| **Datos del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:** | **Nombre:** | Tatiana González Rojas | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | Cédula de Ciudadanía | | | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061746354 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | tgonzálezr@sena.edu.co | | | | | | |
| | **Correo electrónico alterno:** | tgonzalezrojas@misena.edu.co | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| **Datos del ente Coformador (Jefe Inmediato o Tutor(a)* y empresa u organización)** | **Nombre empresa o entidad coformadora:** | GRUPO DAO SAS | | | | | | |
| | **Dirección:** | Calle 67 n # 9 - 59 | | | | | | |
| | **Nit:** | 817004260 | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Nombre del jefe inmediato/ coformador del(de la) aprendiz/tutor(a):** | Julián Sánchez | | | | | | |
| | **Cargo:** | Jefe Inmediato | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o institucional:** | dao3@dao.com.co | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3105465719 | | | | | | |
| | **Nombre otro contacto:** | NA | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o institucional:** | NA | | | | | | |
| ** Tutor(a): resolución 0623 del 2020 y 3546 del 2018.* | **Teléfono (fijo/móvil):** | | | | | | | |
| **Persona en situación de discapacidad** *(Si aplica)* | **Nombre de la persona que asiste al aprendiz:** | | | | | | | |
| | **Tipo de asistencia** *(Lenguaje de señas, apoyo visual, entre otros)* **:** | | | | | | | |

**2. Planeación de etapa productiva** ***Se realiza por una única vez)***

**Visita - momento N° 1 - Planeación de la Etapa Productiva**

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha Inicio Etapa Productiva (DD/MM/AA)** | | **Fecha Fin de Etapa Productiva: (DD/MM/AA)** | |
| **Alternativa de Etapa Productiva** | | **Horario** (Indicar si es diurno, nocturno, días de la semana y la hora | |

**Ciudad_____y fecha concertación actividades:____/ /2024____DIA/MES/AÑO de forma Presencial ___ o Virtual _X__**

**Concertación plan de trabajo durante la etapa productiva del aprendiz**

| | | |
|---|---|---|
| **Actividades a Desarrollar:** | *Relacione las actividades que el(la) aprendiz va a realizar según lo acordado con el ente coformador. (Estas deben corresponder al Perfil del egresado establecido en el programa de formación que el aprendiz está desarrollando)* | |
| **Evidencias de Aprendizaje** | *Describa las evidencias que se van a generar, de acuerdo a las actividades a desarrollar* | |
| **Competencias a Desarrollar** | *Escoja y transcriba las competencias* TÉCNICAS *del programa que planea desarrollar de acuerdo a las actividades a realizar, estas deben ser al menos dos (2)* | |
| **Resultados de Aprendizaje** | *Relacione el o los resultados de aprendizaje de las competencias que van a desarrollarse* | |

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 3. Seguimiento etapa productiva

**Visita Seguimiento - Momento N° 2 - Seguimiento Etapa Productiva**

**Periodo Evaluado**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado: (Periodo que comprende la fecha del momento de planeación al momento del seguimiento** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | |
| **El seguimiento se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | X |

*Factores Técnicos*

| Variable | Descripción | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | Demuestra las competencias específicas del programa de formación en situaciones reales de trabajo. | (Satisfactorio) | | |

Powered by CamScanner

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Mejora Continua** | Aporta activamente al mejoramiento de sus habilidades técnicas y métodos de trabajo. | [Satisfactorio] | | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | Realiza acciones que fortalezcan su perfil ocupacional potenciando sus competencias en el marco de su proyecto de vida. | [Satisfactorio] | | |
| **Oportunidad y Calidad** | Presenta con oportunidad y calidad los productos generados en el desarrollo de sus actividades. | [Satisfactorio] | | |
| **Responsabilidad Ambiental** | Administra los recursos para el desarrollo de sus actividades con criterios de responsabilidad ambiental. | [Satisfactorio] | | |
| **Administración de Recursos** | Utiliza de manera racional los materiales, equipos y herramientas suministrados para el desempeño de sus actividades. | [Satisfactorio] | | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | Utiliza los elementos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente establecida para sus actividades. | [Satisfactorio] | | |
| **Documentación Etapa Productiva** | Actualiza permanentemente el portafolio de evidencias. | [Satisfactorio] | | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Descripción | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | Desarrolla relaciones interpersonales en las diferentes áreas de la empresa en forma armoniosa, respetuosa y enmarcada en la comunicación asertiva demostrando un sentido de pertenencia con la organización. | [Satisfactorio] | | |
| **Trabajo en Equipo** | Participa en forma activa y propositiva en equipos de trabajo asumiendo los roles, de acuerdo con sus fortalezas. | [Satisfactorio] | | |
| **Solución de Problemas** | Propone alternativas de solución a situaciones problemáticas, en el contexto del desarrollo de su etapa productiva. | [Satisfactorio] | | |
| **Cumplimiento** | Es comprometido con las actividades asignadas y con la empresa, demostrando puntualidad y proactividad en el desarrollo de su etapa productiva. | [Satisfactorio] | | |
| **Organización** | Demuestra capacidad para ordenar y disponer los elementos necesarios e información que facilite la ejecución del trabajo y el logro de los objetivos. | [Satisfactorio] | | |

| **Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:** | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** |
|---|---|
| | |

**Observaciones del(de la) responsable ente Coformador:**

Powered by CamScanner

Nombre y firma del(de la) Aprendiz

Nombre y Firma del ente Coformador
(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)

Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)

Nombre y Firma
(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)

## 4. Evaluación etapa productiva *(Este ítem solo se diligencia una vez, al finalizar la Etapa Productiva)*

**Visita - Momento - N° 3 Evaluación Etapa Productiva**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo evaluado** *( Fechas de inicio a fin, de la ejecución de la etapa productiva)* | Fecha de Inicio: DD/MM/AA | 10/04/24 | | Fecha de fin: DD/MM/AA | 9/10/24 | |
| **La evaluación se realizó en forma:** | Presencial | X | Virtual | | Número de visitas realizadas en toda la etapa productiva | 3 |

**Evaluación de los factores y cumplimiento**

*Factores Técnicos*

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| Transferencia de Conocimiento | [Satisfactorio] | | |
| Mejora Continua | [Satisfactorio] | | |
| Fortalecimiento Ocupacional | [Satisfactorio] | | |
| Oportunidad y Calidad | [Satisfactorio] | | |
| Responsabilidad Ambiental | [Satisfactorio] | | |
| Administración de Recursos | [Satisfactorio] | | |
| Seguridad y salud en el trabajo | [Satisfactorio] | | |
| Documentación Etapa Productiva | [Satisfactorio] | | |

*Factores Actitudinales y Comportamentales*

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| Relaciones Interpersonales | [Satisfactorio] | | |
| Trabajo en Equipo | [Satisfactorio] | | |
| Solución de Problemas | [Satisfactorio] | | |
| Cumplimiento | [Satisfactorio] | | |
| Organización | [Satisfactorio] | | |

**Retroalimentación ente coformador o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | La aprendiz tuvo un desempeño satisfactorio durante su Etapa Productiva |
| **2. Evaluación de las competencias técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | La aprendiz sobresalió por su desempeño, ganas de aprender, disposición para recibir orientaciones y están contentos por su desempeño en la empresa |

**Retroalimentación instructor(a) con rol de seguimiento o reconocimientos especiales**

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | La aprendiz desarrolló su etapa prodcutiva de manera satisfacotia y comprometida con el proceso. |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | La aprendiz aplicó las competencias de formación adquiridas durante su Etapa Lectiva y logró el cumplimiento de las actividades propuestas en la empresa, de tal manera que practicó los conocimiento teóricos adquiridos y desarrolló habilidades que le permitirán desempeñarse en el mundo laboral. Motivo por el cual logró el reconocimiento dado por el jefe inmediato. |
| **Retroalimentación del(de la) aprendiz** | |
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz** | Se sintió contenta y acogida con el proceso en la empresa. Se sintió apoyada por elequipo de trabajo y agradecida con la emprsa con los aprendizajes suministrados. |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | Ninguna |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **JUICIO DE EVALUACIÓN:** | **APROBADO** | [X] | **NO APROBADO** | [ ] |

Kaient Shalon vidal
**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

Tatiana González R.
Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas
Fecha: 2024.10.10 22:40:08 -05'00'

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

**Ciudad** Popayán **y fecha concertación actividades:** 07/10/2024 **DIA/MES/AÑO de forma Presencial** X **o Virtual** ____

Autorizo al SENA para la recolección y tratamiento de mis datos personales, conforme a la política de datos personales de la entidad, entiendo que los datos serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, cesión y todo el tratamiento, realizados por el SENA.

**Anexo**
***(Si aplica)***

**Seguimiento complementario a etapa productiva**

***Este apartado se diligencia en caso de que sea necesaria una visita de seguimiento extraordinaria.***

**Seguimiento - Visita - Momento -N°_____ - Seguimiento extraordinario Etapa Productiva**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado:** | **Inicio:** | | **Finalización:** | |
| **El seguimiento extraordinario se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| Transferencia de Conocimiento | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Mejora Continua | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Fortalecimiento Ocupacional | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Oportunidad y Calidad | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Responsabilidad Ambiental | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Administración de Recursos | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Seguridad y salud en el trabajo | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| Documentación Etapa Productiva | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| **Trabajo en Equipo** | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| **Solución de Problemas** | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| **Cumplimiento** | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| **Organización** | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Observaciones del responsable ente Coformador:** | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** | |

**Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:**

| | |
|---|---|
| **Nombre y firma del(de la) Aprendiz** | **Nombre y Firma del ente Coformador (Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)** |
| **Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)** | **Nombre y Firma (Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)** |

Powered by CamScanner

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Versión: 05 | |
| | | | | | | | Código: GFPI-F-023 | |

**GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL**

**Formato de Planeación, Seguimiento y Evaluación de Etapa Productiva**

**1. Información general**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regional:** | CAUCA | | | | | | | |
| **Centro de Formación:** | COMERCIO Y SERVICIOS | | | | | | | |
| **Programa de Formación:** | TÉCNICO EN SERVICIOS FARMACEUTICOS | | | | | **No. Ficha** | 2673727 | |
| **Modalidad de Formación:** | **Presencial** | **x** | **Virtual** | | | **A Distancia** | | |
| **Datos del(de la) Aprendiz** | **Nombre Completo:** | Mariani Mezú Diaz | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | **NUIP.** | **Tarjeta de identidad** | **Cédula de ciudadanía** | **Cédula Digital** | **Cédula de extranjeria** | **Permiso especial permanente** | **Número libreta militar (si aplica)** |
| | | | | **x** | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1193207230 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3117664307 | | | | | | |
| | **Correo electrónico personal:** | marianimezu20@gmail.com | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Alternativa de etapa productiva registrada** | Contrato de Aprendizaje | | | | | | |
| | **Fecha de Registro en SofiaPlus:** | 19/03/24 | | | | | | |
| **Datos del(de la) Instructor(a) con rol de seguimiento:** | **Nombre:** | Tatiana González Rojas | | | | | | |
| | **Tipo de documento:** | Cédula de Ciudadanía | | | | | | |
| | **N° de Identificación:** | 1061746354 | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| | **Correo electrónico institucional:** | tgonzálezr@sena.edu.co | | | | | | |
| | **Correo electrónico alterno:** | tgonzalezrojas@misena.edu.co | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3176154226 | | | | | | |
| **Datos del ente Coformador (Jefe Inmediato o Tutor(a)* y empresa u organización)** | **Nombre empresa o entidad coformadora:** | COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SERVICIOS SOLIDARIOS-COPSERVIR | | | | | | |
| | **Dirección:** | cra 16#47-82 | | | | | | |
| | **Nit:** | 830011670 | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| | **Nombre del jefe inmediato/ coformador del(de la) aprendiz/tutor(a):** | Oscar Andres Lopez | | | | | | |
| | **Cargo:** | Administrador Punto de Venta | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | Ruso_guerrero1991@hotmail.com | | | | | | |
| | **Teléfono (fijo/móvil):** | 3508916739 | | | | | | |
| | **Nombre otro contacto:** | NA | | | | | | |
| | **Correo electrónico organizacional o Institucional:** | NA | | | | | | |
| ** Tutor(a): resolución 0623 del 2020 y 3546 del 2018.* | **Teléfono (fijo/móvil):** | | | | | | | |
| **Persona en situación de discapacidad** *(Si aplica)* | **Nombre de la persona que asiste al aprendiz:** | | | | | | | |
| | **Tipo de asistencia** *(Lenguaje de señas, apoyo visual, entre otros)* **:** | | | | | | | |

**2. Planeación de etapa productiva *Se realiza por una única vez)***

**Visita - momento N° 1 - Planeación de la Etapa Productiva**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha inicio Etapa Productiva (DD/MM/AA)** | | **Fecha Fin de Etapa Productiva: (DD/MM/AA)** | |
| **Alternativa de Etapa Productiva** | | **Horario** (Indicar si es diurno, nocturno, días de la semana y la hora | |

**Ciudad Guapi y fecha concertación actividades: / /2024 DIA/MES/AÑO de forma Presencial ___ o Virtual _X__**

**Concertación plan de trabajo durante la etapa productiva del aprendiz**

| | | |
|---|---|---|
| **Actividades a Desarrollar:** | *Relacione las actividades que el(la) aprendiz va a realizar según lo acordado con el ente coformador. (Estas deben corresponder al Perfil del egresado establecido en el programa de formación que el aprendiz está desarrollando)* | |
| **Evidencias de Aprendizaje** | *Describa las evidencias que se van a generar, de acuerdo a las actividades a desarrollar* | |
| **Competencias a Desarrollar** | *Escoja y transcriba las competencias* TÉCNICAS *del programa que planea desarrollar de acuerdo a las actividades a realizar, estas deben ser al menos dos (2)* | |
| **Resultados de Aprendizaje** | *Relacione el o los resultados de aprendizaje de las competencias que van a desarrollarse* | |

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

## 3. Seguimiento etapa productiva

**Visita Segumiento - Momento N° 2 - Seguimiento Etapa Productiva**

| | | Periodo Evaluado | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado: (Periodo que comprende la fecha del momento de planeación al momento del seguimiento** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | |
| **El seguimiento se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | X |

***Factores Técnicos***

| Variable | Descripción | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | Demuestra las competencias específicas del programa de formación en situaciones reales de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Mejora Continua** | Aporta activamente al mejoramiento de sus habilidades técnicas y métodos de trabajo. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | Realiza acciones que fortalezcan su perfil ocupacional potenciando sus competencias en el marco de su proyecto de vida. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Oportunidad y Calidad** | Presenta con oportunidad y calidad los productos generados en el desarrollo de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Responsabilidad Ambiental** | Administra los recursos para el desarrollo de sus actividades con criterios de responsabilidad ambiental. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Administración de Recursos** | Utiliza de manera racional los materiales, equipos y herramientas suministrados para el desempeño de sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | Utiliza los elementos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente establecida para sus actividades. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Documentación Etapa Productiva** | Actualiza permanentemente el portafolio de evidencias. | **[Satisfactorio]** | | |
| ***Factores Actitudinales y Comportamentales*** | | | | |
| **Variable** | **Descripción** | **Valoración** | | **Observaciones / Compromisos de mejora** |
| **Relaciones Interpersonales** | Desarrolla relaciones interpersonales en las diferentes áreas de la empresa en forma armoniosa, respetuosa y enmarcada en la comunicación asertiva demostrando un sentido de pertenencia con la organización. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Trabajo en Equipo** | Participa en forma activa y propositiva en equipos de trabajo asumiendo los roles, de acuerdo con sus fortalezas. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Solución de Problemas** | Propone alternativas de solución a situaciones problemáticas, en el contexto del desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Cumplimiento** | Es comprometido con las actividades asignadas y con la empresa, demostrando puntualidad y proactividad en el desarrollo de su etapa productiva. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Organización** | Demuestra capacidad para ordenar y disponer los elementos necesarios e información que facilite la ejecución del trabajo y el logro de los objetivos. | **[Satisfactorio]** | | |
| **Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:** | | | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** |
| | | | | |
| **Observaciones del(de la) responsable ente Coformador:** | | | | |

Nombre y firma del(de la) Aprendiz

Nombre y Firma del ente Coformador
(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)

Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)

Nombre y Firma
(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)

## 4. Evaluación etapa productiva *(Este ítem solo se diligencia una vez, al finalizar la Etapa Productiva)*

**Visita - Momento - N° 3 Evaluación Etapa Productiva**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo evaluado** ***( Fechas de inicio a fin, de la ejecución de la etapa productiva)*** | **Fecha de inicio: DD/MM/AA** | 19/03/24 | | **Fecha de fin: DD/MM/AA** | 18/09/24 | |
| **La evaluación se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | X | **Número de visitas realizadas en toda la etapa productiva** | 3 |

**Evaluación de los factores y cumplimiento**

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| Transferencia de Conocimiento | [Satisfactorio] | | |
| Mejora Continua | [Satisfactorio] | | |
| Fortalecimiento Ocupacional | [Satisfactorio] | | |
| Oportunidad y Calidad | [Satisfactorio] | | |
| Responsabilidad Ambiental | [Satisfactorio] | | |
| Administración de Recursos | [Satisfactorio] | | |
| Seguridad y salud en el trabajo | [Satisfactorio] | | |
| Documentación Etapa Productiva | [Satisfactorio] | | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| Relaciones Interpersonales | [Satisfactorio] | | |
| Trabajo en Equipo | [Satisfactorio] | | |
| Solución de Problemas | [Satisfactorio] | | |
| Cumplimiento | [Satisfactorio] | | |
| Organización | [Satisfactorio] | | |

**Retroalimentación ente coformador o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | La aprendiz tuvo un desempeño satisfactorio durante su Etapa Productiva |
| **2. Evaluación de las competencias técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar Información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | La aprendiz sobresalió por su dedicación, ganas de aprender, y el excelente desempeño durante su práctica en la empresa. |

**Retroalimentación instructor(a) con rol de seguimiento o reconocimientos especiales**

| | |
|---|---|
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz:** | La aprendiz desarrolló su etapa prodcutiva de manera satisfacotia y comprometida con el proceso. |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | La aprendiz aplicó las competencias de formación adquiridas durante su Etapa Lectiva y logró el cumplimiento de las actividades propuestas en la empresa, de tal manera que practicó los conocimiento teóricos adquiridos y desarrolló habilidades que le permitirán desempeñarse en el mundo laboral. Motivo por el cual logró el reconocimiento dado por el jefe inmediato. |
| **Retroalimentación del(de la) aprendiz** | |
| **1. Proceso de Formación del(de la) Aprendiz** | Se sintió bien y acogida con el proceso en la empresa. |
| **2. Evaluación de las Competencias Técnicas del programa desarrolladas durante la etapa productiva, con el fin de consolidar la información y analizar la pertinencia del programa de formación y las necesidades del sector productivo** | Ninguna |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **JUICIO DE EVALUACIÓN:** | **APROBADO** | [X] | **NO APROBADO** | [ ] |

Mariani

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

Tatiana González R.

Firmado digitalmente por Tatiana González Rojas
Fecha: 2024.10.11 10:10:00 -05'00'

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**

**Ciudad Popayán y fecha concertación actividades: 01/10/2024 DIA/MES/AÑO de forma Presencial ___ o Virtual _X___**

Autorizo al SENA para la recolección y tratamiento de mis datos personales, conforme a la política de datos personales de la entidad, entiendo que los datos serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, cesión y todo el tratamiento, realizados por el SENA.

**Anexo**
*(Si aplica)*

**Seguimiento complementario a etapa productiva**

*Este apartado se diligencia en caso de que sea necesaria una visita de seguimiento extraordinaria.*

**Seguimiento - Visita - Momento -N°_____ - Seguimiento extraordinario Etapa Productiva**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo Evaluado:** | **Inicio:** | | **Finalización:** | |
| **El seguimiento extraordinario se realizó en forma:** | **Presencial** | | **Virtual** | |

***Factores Técnicos***

| Variable | Valoración | | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|---|
| **Transferencia de Conocimiento** | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| **Mejora Continua** | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| **Fortalecimiento Ocupacional** | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| **Oportunidad y Calidad** | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| **Responsabilidad Ambiental** | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| **Administración de Recursos** | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| **Seguridad y salud en el trabajo** | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |
| **Documentación Etapa Productiva** | [Satisfactorio] | [Por mejorar] | |

***Factores Actitudinales y Comportamentales***

| Variable | Valoración | Observaciones / Compromisos de mejora |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Relaciones Interpersonales** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Trabajo en Equipo** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Solución de Problemas** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Cumplimiento** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |
| **Organización** | **[Satisfactorio]** | **[Por mejorar]** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Observaciones del responsable ente Coformador:** | | **Observaciones del(de la) Aprendiz:** | |

**Observaciones complementarias del(de la) instructor(a) con rol de seguimiento:**

mariani

**Nombre y firma del(de la) Aprendiz**

**Nombre y Firma del ente Coformador**
**(Jefe Inmediato o Tutor(a)* empresa u organización)**

**Nombre y firma Instructor(a) con rol técnico (Si es del caso)**

**Nombre y Firma**
**(Instructor(a) con rol de seguimiento a etapa productiva)**