SENA	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** **PROCEDIMIENTO EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL** **Formato apertura de programa de formación complementaria y oferta cerrada en formación titulada** **Documento de apoyo**	Versión: 05 Código:

DATOS FICHA DE CARACTERIZACIÓN													
Código Programa de Formación	73311459					**Versión**	1						
Nombre Programa de Formación	Emprendedor en propagación de material vegetal y establecimiento de cultivos agrícolas												
Programa de Formación Titulada		**Programa de Formación Complementaria**		**Programa especial:**	**SENA EMPRENDE RURAL SER**	**X**							
					DESPLAZADOS								
					OTRO								
Fecha de Inicio	**1**	**6**	**2020**	**Fecha de Terminación**	**12**	**12**	**2020**						
Cupo de aprendices	**33**	**Nombre del Ambiente**	Asociación protectora de abejas de Colombia – APACOL										
Departamento	VALLE DEL CAUCA	**Municipio de Desarrollo de Formación**	PALMIRA										
Dirección del Ambiente de Formación	CORREGIMIENTO LA BUITRERA, VEREDA MESÓN, PALMIRA												
Nombre Empresa	Asociación protectora de abejas de Colombia - APACOL	**NIT**	**901222569-1**										

HORARIO DE FORMACION													
Lunes		**Martes**		**Miércoles**		**Jueves**		**Viernes**		**Sábado**		**Domingo**	
Hora Inicio:		**Hora Inicio:**		**Hora Inicio:**		**Hora Inicio:**	**2:00 P.M.**	**Hora Inicio:**		**Hora Inicio:**	**8:00 A.M.**	**Hora Inicio:**	
Hora Fin:		**Hora Fin:**		**Hora Fin:**		**Hora Fin:**	**6:00 P.M.**	**Hora Fin:**		**Hora Fin:**	**6:00 P.M.**	**Hora Fin:**	

Horas Día Curso:	**8**	**Total de Horas del Curso:**	**340**	**Meses Programa de Formación Titulada:**	**6**

DATOS INSTRUCTOR			
Nombres y Apellidos	**MIGUEL JULIAN BARRIGA REYES**		
N° Documento Identidad	**11´426.803**	**Correo electrónico**	**mjbarriga@sena.edu.co**
N° Teléfono	3105904724		

NOTAS Y OBSERVACIONES
Las semanas se tendrán de 12 horas (un día y una tarde) y una de 14 horas (un día de 8 horas y otro de 6 horas) para lograr el cumplimiento de las 340 horas de formación

COORDINADOR ACADÉMICO DEL ÁREA QUE AUTORIZA		**Firma**	

INSTRUCTOR RESPONSABLE	**RESPONSABLE CREACIÓN DE LA FICHA**
Nombre: MIGUEL J. BARRIGA R.	**Nombre:**
Firma:	**Firma:**
Fecha de Entrega: 26 – V - 2020	**Fecha de Registro:**

ESPACIO EXCLUSIVO PARA SOPORTE SOFÍA PLUS			
FECHA DE RECIBO		**CÓDIGO DE EMPRESA**	
PROGRAMACIÓN		**CÓDIGO DE FICHA**	
CANCELADA (Justificación)		**Fecha cierre inscripción:**	