	Código: GFPI-F-147
	Versión: 05

PROCESO

GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

NOMBRE DEL FORMATO

FORMATO BITÁCORA DE SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública	Pública Clasificada	Pública Reservada
X		

Bitácora N°	Período a reportar
11	Desde 21/12/2025 hasta 05/01/2026

Datos del aprendiz

Nombre completo del aprendiz	Tipo de documento	Número de identificación	Contacto telefónico
Yeraldin Centeno Aparicio	CC	1193084452	3013847650
Correo electrónico institucional	**Correo electrónico personal**		**Dirección de residencia**
	yeraldin.centeno99@gmail.com		CR 1 # 4-27 Obando -Valle del Cauca
Número de grupo	**Modalidad de formación**		**Programa de formación**
2827683	Presencial		Gestión Contable y de Información Financiera
Modalidad de ejecución de la etapa productiva (presencial o virtual)	**¿Realiza la etapa productiva con una entidad u organización en el exterior? (si o no)**		**País donde realiza la etapa productiva**
Presencial	No		Colombia

Datos del ente co-formador

Nombre de la entidad, empresa, institución u organización donde está realizando la etapa productiva	NIT	Dirección de la entidad, empresa, institución u organización
Hospital Local de Obando E.S.E	891901041	Calle 6 #2-90 Obando Valle del Cauca

Datos de la persona encargada del proceso formativo del aprendiz en la entidad co-formadora

Nombre completo del ente co-formador (Jefe inmediato/Supervisor)	Cargo del ente co-formador	Contacto telefónico del ente co-formador	Correo electrónico del ente co-formador
Luz Elena Betancuort Castrillon	Jefe de Talento Humano	3185814830	logistica@hospitallocalobando.gov.com

Datos del instructor de seguimiento

Nombre completo del instructor de seguimiento	Correo electrónico del instructor de seguimiento
Camilo Andres Henao Bedoya	henpa1996@gmail.com

Seleccione con una "X" la alternativa de etapa productiva que está realizando

Alternativa de etapa productiva	Marque con una X	Alternativa de etapa productiva	Marquen con una X
Contrato de aprendizaje		Monitoria	
		Proyecto productivo	
Contrato de vínculo formativo		Vínculo laboral	X

Descripción de las actividades realizadas

Descripción de la actividad *(ingrese cuantas filas sean necesarias)*	Competencias del programa de formación aplicadas en el desarrollo de la actividad	Fecha de inicio (dd/mm/aa)	Fecha de fin (dd/mm/aa)	Evidencia de cumplimiento *(indique si corresponde a un documento, proceso, producto, entregable u otro)* En anexo puede fortalecer la evidencia si es el caso.	Observaciones, inasistencias, dificultades presentadas, y/o comentarios realizados por el aprendiz y/o jefe inmediato
REVISAR DOCUMENTACIÓN DE LAS DIFERENTES EPS	VERIFICAR LA INFORMACIÓN DE LOS DOCUMENTOS DE LOS HECHOS ECONÓMICOS DE ACUERDO CON NORMATIVA	21/12/2025	5/01/2026		
APOYAR PROCESOS CONTABLES(REGISTRO DE CAJA DIARIO)	REGISTRAR OPERACIONES COMERCIALES DEL ENTE ECONÓMICO DE ACUERDO CON NORMATIVA.	21/12/2025	5/01/2026		
REGISTRAR CUENTAS POR COBRAR	REGISTRAR OPERACIONES COMERCIALES DEL ENTE ECONÓMICO DE ACUERDO CON NORMATIVA.	21/12/2025	5/01/2026		
APOYAR EL PROCESO DE CONCILIACIONES BANCARIAS	REGISTRAR OPERACIONES COMERCIALES DEL ENTE ECONÓMICO DE ACUERDO CON NORMATIVA.	21/12/2025	5/01/2026		
TIPIFICAR SOPORTES DE LAS DIFERENTES EPS	SELECCIONAR LOS CRITERIOS DE MEDICIÓN PARA LOS HECHOS ECONÓMICOS SEGÚN LA POLÍTICA CONTABLE ESTABLECIDA POR LA EMPRESA	21/12/2025	5/01/2026		
REALIZAR ORDEN DE PAGO (DIFERENTES PROVEEDORES)	RECONOCER HECHOS ECONÓMICOS DE ACUERDO CON POLÍTICAS CONTABLES Y NORMATIVA	21/12/2025	5/01/2026		

Información afiliación a la ARL

Decreto 055 de 2015, por el cual se reglamenta la afiliación de estudiantes al Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones

Este espacio debe ser siempre diligenciado.

Artículo 11. Obligaciones de la institución de educación. Corresponde a las instituciones de educación a las que pertenezcan los estudiantes, que deban ser afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales de conformidad con el presente decreto:

1. Revisar periódicamente que el estudiante en práctica desarrolle labores relacionadas exclusivamente con su programa de formación o educación, que ameritaron su afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales.
2. Verificar que el espacio de práctica cuente con los elementos de protección personal apropiados según el riesgo ocupacional.

¿El aprendiz se encuentra afiliado a la ARL?	Indique el nivel de riesgo actual	¿El nivel de riesgo de la ARL corresponde a las actividades que desarrolla el aprendiz en la empresa?	SI / NO	¿El aprendiz cuenta con los elementos de protección personal (EPP), requeridos para desarrollar su etapa productiva?	SI / NO /NA
SI	(Nivel 1)		SI		SI

Aprendiz: recuerde diligenciar completamente el formato de bitácora y entregarlo o cargarlo al espacio asignado para este

Yeraldin Centeno A

Firma del aprendiz :Yeraldin Centeno Aparicio

12/01/2026

Fecha entrega bitácora

Firma del instructor de seguimiento : Camilo Andres Henao Bedoya

Firma del ente co-formador :Luz Elena Betancuort Castrillon

Nota: Con el diligenciamiento de este formato autorizo al SENA para la recolección y tratamiento de mis datos personales, conforme a la política de datos personales de la entidad GOR-POL-006. Entiendo que los datos serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, cesión y todo el tratamiento, realizados por el SENA.

Anexo: Es opcional relacionar evidencia fotográfica de las actividades desarrolladas

(No aplica documentos de la empresa u otros aspectos sensibles)