



| Información general                                                                                                                     |                                                                |                                            |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Regional:                                                                                                                               | VALLE                                                          |                                            |                                               |
| Centro de formación:                                                                                                                    | CENTRO DE GESTION TECNOLOGICA DE SERVICIOS                     | Nivel formativo:                           | TECNICO                                       |
| Programa de formación:                                                                                                                  | INTEGRACION DE OPERACIONES LOGISTICAS                          |                                            | No. Grupo: 3208790                            |
| Modalidad de formación:                                                                                                                 | Presencial                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> X      | Virtual                                       |
| Estrategia formativa:                                                                                                                   | OFERTA REGULAR                                                 |                                            | Fecha fin de la etapa lectiva: 18 - 12 / 2025 |
| Datos del aprendiz                                                                                                                      | Nombre completo:                                               | Marta Camila Cañar Ramirez                 |                                               |
|                                                                                                                                         | Tipo de documento:                                             | C.C.                                       |                                               |
|                                                                                                                                         | N° de identificación:                                          | 1.110.291.110                              |                                               |
|                                                                                                                                         | Contacto telefónico:                                           | 311 428 5656                               |                                               |
|                                                                                                                                         | Dirección:                                                     | Calle 2 Oeste Altos de Normandia Casa 54 A |                                               |
|                                                                                                                                         | Correo electrónico personal:                                   | maricamila.canar399@gmail.com              |                                               |
|                                                                                                                                         | Correo electrónico institucional:                              | No registra                                |                                               |
|                                                                                                                                         | Alternativa de etapa productiva registrada:                    | Contrato de aprendizaje                    |                                               |
| Fecha de Registro en SofiaPlus:                                                                                                         |                                                                |                                            |                                               |
| Datos del instructor de seguimiento:                                                                                                    | Nombre:                                                        | ALEX RODRIGO IDROBO MUÑOZ                  |                                               |
|                                                                                                                                         | Contacto telefónico:                                           | 3113518014                                 |                                               |
|                                                                                                                                         | Correo electrónico institucional:                              | aidrobo@sena.edu.co                        |                                               |
| Datos del ente co-formador (Jefe Inmediato o tutor* y empresa u organización)<br><br>* Tutor: resolución 0623 del 2020 y 3546 del 2018. | Nombre empresa o entidad co-formadora:                         | Coordinadora Mercantil S.A.                |                                               |
|                                                                                                                                         | Dirección:                                                     | Carrera 36 # 13-290 Acopi Yumbo            |                                               |
|                                                                                                                                         | Nit:                                                           | 890 904 713-2                              |                                               |
|                                                                                                                                         | Correo electrónico:                                            | kaswarez@coordinadora.com                  |                                               |
|                                                                                                                                         | Nombre del jefe inmediato/ co-formador del aprendiz/tutor:     | Kevin Alberto Suarez Campaz                |                                               |
|                                                                                                                                         | Cargo:                                                         | Coordinador de Plataforma                  |                                               |
|                                                                                                                                         | Contacto telefónico:                                           | 301 292 2332                               |                                               |
|                                                                                                                                         | Nombre otro contacto:                                          | N/A                                        |                                               |
| Persona en situación de discapacidad (Si aplica)                                                                                        | Nombre de la persona que asiste al aprendiz:                   | N/A                                        |                                               |
|                                                                                                                                         | Tipo de asistencia (lenguaje de señas, apoyo visual, u otros): | N/A                                        |                                               |
|                                                                                                                                         | Contacto telefónico:                                           | N/A                                        |                                               |

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.



Momento N° 1 - Planeación de la Etapa Productiva (Se realiza por una única vez)

|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                                                           |                                               |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------|
| Fecha inicio etapa productiva:<br>(DD/MM/AA)                                          | 29-01/2026                                                                                                                                                                                                                                   | Fecha fin de etapa productiva:<br>(DD/MM/AA) | 28-07/26                                                                  | Fecha de afiliación a la ARL:<br>(DD/MM/AA)   | 29-01/26 |
| Número de póliza ARL:<br>(Si aplica)                                                  | —                                                                                                                                                                                                                                            |                                              | Horario:<br>(Indicar si es diurno, nocturno, días de la semana y la hora) | Diurno<br>6:00 am a 2:00 pm<br>Lunes a Sábado |          |
| Enlace de grabación del momento 1:<br>(Aplica si se realiza de forma virtual)         | N/A                                                                                                                                                                                                                                          |                                              |                                                                           |                                               |          |
| Concertación plan de trabajo durante la etapa productiva del aprendiz                 |                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                                                           |                                               |          |
| Competencias a desarrollar<br>(Competencias del programa relacionadas)                | • Preparación de la carga.<br>• Despacho de la carga                                                                                                                                                                                         |                                              |                                                                           |                                               |          |
| Resultados de aprendizaje                                                             | • Identificar la carga según normativa.<br>• Enviar la carga acondicionada, según pedido, medios de transporte, procedimientos de la organización, normas de manipulación y transporte de cargas.                                            |                                              |                                                                           |                                               |          |
| Actividades a desarrollar<br>(Durante los 6 meses de Etapa Productiva)                | • Clasificar la mercancía que sale del sorter.<br>• Rotular mercancía con códigos de barras y QR.<br>• Entregar mercancía a los vehículos repartidores de la empresa.<br>• Asignar la mercancía con el código y muelle para su distribución. |                                              |                                                                           |                                               |          |
| Evidencias de aprendizaje<br>(Que generará el Aprendiz de acuerdo con cada Actividad) | - Registro base de datos<br>- Productos dispuestos para despacho.                                                                                                                                                                            |                                              |                                                                           |                                               |          |
| Observaciones adicionales<br>(En caso de ser necesarias)                              | N/A                                                                                                                                                                                                                                          |                                              |                                                                           |                                               |          |

Camila Cañay

Firma del aprendiz

Al.

Firma del instructor de seguimiento

Kevin Suarez

Firma del ente co-formador

Ciudad Yumbo y fecha de diligenciamiento: 31/03/26 de forma presencial ☒ o virtual ☐