

|                                                                                  |   |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------|
|  |   | Código:<br>GFPI-F-147                      |
|                                                                                  |   | Versión: 05                                |
| <b>PROCESO</b>                                                                   |   |                                            |
| <b>GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL</b>                                 |   |                                            |
| <b>NOMBRE DEL FORMATO</b>                                                        |   |                                            |
| <b>FORMATO BITÁCORA DE SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA</b>                          |   |                                            |
| <b>CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>                                           |   |                                            |
| Pública <input type="checkbox"/>                                                 | x | Pública Reservada <input type="checkbox"/> |

|                   |                                                         |
|-------------------|---------------------------------------------------------|
| Bitácora N°<br>11 | Período a reportar<br>Desde 16/05/2026 hasta 31/05/2026 |
|-------------------|---------------------------------------------------------|

| Datos del aprendiz                                                   |                                                                                       |                          |                                        |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|
| Nombre completo del aprendiz                                         | Tipo de documento                                                                     | Número de identificación | Contacto telefónico                    |
| Yeraldin Lavao Pinto                                                 | CC                                                                                    | 1014862622               | 3208649758                             |
| Correo electrónico institucional                                     | Correo electrónico personal                                                           |                          | Dirección de residencia                |
| yeraldin_lavao@soy.sena.edu.co                                       | ylavaopinto@gmail.com                                                                 |                          | Carrera 15 g bis 18 a 117 sur          |
| Número de grupo                                                      | Modalidad de formación                                                                |                          | Programa de formación                  |
| 2996937                                                              | Presencial                                                                            |                          | Gestión de talento humano              |
| Modalidad de ejecución de la etapa productiva (presencial o virtual) | ¿Realiza la etapa productiva con una entidad u organización en el exterior? (sí 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 |
| Compensar                                                                                           | 860.066.942-7 | Avenida 68 # 49A - 47                                        |

| 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 |
| Camilo Andres López                                                                         | gestor de novedades y beneficios | 3143978156                               | calopez@compensar.com                   |

| Datos del instructor de seguimiento           |                                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Nombre completo del instructor de seguimiento | Correo electrónico del instructor de seguimiento |
| Maribel Peraza                                | solucionesintegralesop@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                                                       | X                | Monitoria                       |                   |
|                                                                               |                  | Proyecto productivo             |                   |
| Contrato de vínculo formativo                                                 |                  | Vínculo laboral                 |                   |

| Descripción de las actividades realizadas                                                             |                                                                                                                   |                               |                            |                                                                                                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Descripción de la actividad<br>(Ingrese cuantas filas sean necesarias)                                | Competencias del programa de formación aplicadas en el desarrollo de la actividad                                 | Fecha de inicio<br>(dd/mm/aa) | Fecha de fin<br>(dd/mm/aa) | Evidencia de cumplimiento<br>(Indique si corresponde a un documento, proceso, producto, entregable u otro)<br>En anexo puede fortalecer la evidencia si es el caso. |  |
| Apoyo el proceso de seguridad social a través de la radicación de incapacidades de los colaboradores. | PROVEER INFORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS VIGENTES. | 18/05/2026                    | 29/05/2026                 | Nobedades y beneficios del area de NOMINA                                                                                                                           |  |
| Apoyo el proceso de seguridad social a través de la radicación de incapacidades de los colaboradores. | PROCESAR LA INFORMACIÓN DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE LA ORGANIZACIÓN                                         | 18/05/2026                    | 29/05/2026                 | Nobedades y beneficios del area de NOMINA                                                                                                                           |  |

| 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.<br>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? | N/A |
| SI / NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1                                 |                                                                                                       |         |                                                                                                                      |     |

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



Firma del aprendiz



01/06/2026

Fecha entrega bitácora



Firma del instructor de seguimiento

Firma del ente co-formador

**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:

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