	Versión: 01
	Código: GFPI-F-165

Gestión de Formación profesional Integral

Formato de Selección y modificación alternativa Etapa Productiva

REGIONAL RISARALDA

Centro de Comercio y Servicios

FORMATO DE SELECCIÓN Y MODIFICACIÓN ALTERNATIVA ETAPA PRODUCTIVA

Nombre y apellidos del aprendiz:	Juan Camilo Marin Ramirez	**Fecha de Nacimiento:**	**Día:** 24 **Mes:** Marzo **Año:** 2007
Tipo de identificación:	**NUIP:** **T.I :** X **C.C :** **PEP *** **Extranjería** **Otro:**	**Número de identificación:**	1114152620
Programa de formación:	ASISTENCIA ADMINISTRATIVA	**Número de Ficha:**	2497939
Municipio de residencia:	Guatica	**Dirección de residencia:**	Barrio el Jardin
Correo electrónico institucional:	marinramirezjuancamilo08@gmail.com	**Teléfono de contacto:**	3128844400
Otros teléfonos de contacto:	3128844400	**EPS a la que está afiliado:**	Asmet Salud

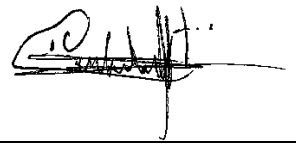
ITEMS A TENER EN CUENTA:		**JORNADA DE INDUCCIÓN** Marque con una X la alternativa que desea desarrollar	**ANTE DE INICIAR LA ETAPA PRODUCTIVA Y FINALIZANDO LA ETAPA LECTIVA** Marque con una X la alternativa con que inicia la etapa productiva	**MODIFICACIÓN DE LA ALTERNATIVA DURANTELA ETAPA PRODUCTIVA** Marque con una X la alternativa a la que el Centro le aprobó cambiar
Seleccione la Alternativa paraejecutar la Etapa Productiva	**1. CONTRATO DE APRENDIZAJE**			
	2. VINCULO LABORAL O CONTRACTUAL			
	3. PASANTÍA			
	4. PASANTÍA. Institución estatal nacional, territorial, o a una ONG, o a una entidadsin ánimo de lucro			
	5. PROYECTO PRODUCTIVO	X	X	
	6. PROYECTO PRODUCTIVO. Unidad Productiva Familiar			
	7. MONITORÍA			
	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:			

FECHA DE INICIO DE LA FICHA:	1/03/2022	**FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA FICHA:**	16/12/2023

Nota 1°: Mientras se encuentre en etapa lectiva puede solicitar el cambio de alternativa por una ÚNICA VEZ antes del inicio de la Etapa Productiva

Juan Camilo Marin Ramirez

Nombre del aprendiz



Firma del aprendiz

Nota 2°: Para la aprobación y/o modificación de alternativas de etapa productiva diferentes a contrato de aprendizaje se requiere Vo.Bo. de Coordinador Académico

HÉCTOR FABIO OROZCO CARVAJAL

Nombre del Coordinador Académico



Firma del Coordinador Académico

*** PEP: Permiso Especial de Permanencia**

NOTA: Con la firma de este documento autorizo al SENA para el tratamiento de mis datos personales, teniendo en cuenta la Ley 1581 de 2012, protección de datos personales: "La autorización suministrada en el presente formato faculta al SENA para que dé a sus datos aquí recopilados el tratamiento señalado en la política de privacidad para el tratamiento de datos personales del SENA. La autorización contempla el envío de información de eventos, actividades o servicios de la entidad. El titular de los datos podrá, en cualquier momento, solicitar al SENA que la información sea modificada, actualizada o retirada de las bases de datos, si así está almacenada"