# PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO "MI COMPROMISO COMO APRENDIZ SENA"

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yo,** SHELSSY XIMENA HOLGUIN ROJAS | | | | | | | |
| **Con documento de identidad:** (marcar con una X) | Tarjeta de Identidad | X | Cédula de Ciudadanía | | Cédula de Extranjería | | **No.** 1030140930 |
| | Otro | | Cual | | | | |
| **Matriculado en el programa de formación: Técnico en Contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras** | | | | | | | |
| **Ficha de Caracterización No.** | 2909040 | **Del Centro de Formación: COMERCIO Y SERVICIOS** | | | | | |

Me comprometo con el Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, en mi calidad de **Aprendiz,** y como persona responsable de mis actos, a:

1. Cumplir y promover las disposiciones contempladas en el ***Reglamento del Aprendiz SENA***, publicado en la página web del Sena y en el blog de cada centro de formación, del cual hago constar que he leído y entendido, por lo que acepto las responsabilidades, derechos y obligaciones establecidas; así como acatar **las Normas y los Acuerdos de Convivencia Institucional** de conformidad con el contexto geográfico y social del Centro de Formación.
2. Participar en todo el proceso de inducción para iniciar el programa de formación, de acuerdo con la programación del Centro de Formación.
3. Portar en todo momento el carné de identificación institucional en sitio visible.
4. Proyectar la imagen corporativa del Sena dentro y fuera de la Entidad asumiendo una actitud ética, con principios y valores sociales en cada una de mis actuaciones
5. Respetar la orientación sexual, identidad de género, edad, etnia, culto, religión, ideología, procedencia y ocupación, de todos los integrantes de la comunidad educativa.
6. Al finalizar la formación dar cumplimiento oportuno a todos los trámites académicos y administrativos para lograr la certificación dentro del término que establece el reglamento.
7. Si soy seleccionado como beneficiario para recibir apoyo de sostenimiento, alimentación, transporte u otro, por parte de la entidad, me comprometo a realizar de forma adecuada todo los trámites administrativos y académicos correspondientes reglamentados por el Sena.
8. Registrar y mantener actualizados mis datos personales y de contacto en los aplicativos informáticos que el Sena determine y actuar como veedor del registro oportuno de las situaciones académicas y administrativas que se presenten. Cualquier dato registrado por el aprendiz que no corresponda con la información real, será sujeto a lo establecido en la ley de delitos informáticos y demás normatividad vigente sobre uso de plataformas públicas.
9. Con la firma del presente compromiso autorizo al Sena para que me notifique a través de mi correo electrónico registrado en el aplicativo Sofia plus, todos los actos académicos y administrativos, así como también los procedimientos y trámites en general que profiera, de acuerdo con las políticas de uso y confidencialidad.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FIRMA DEL APRENDIZ:** SHELSSY XIMENA HOLGUIN ROJAS | | **No. Documento de Identidad:** TI 1030140930 | |
| **FIRMA DE: LA MADRE, EL PADRE O TUTOR (A)** (Únicamente en caso de que el (la) aprendiz sea menor de edad, debe anexar copia del documento oficial que acredite la condición de padre, madre o tutor (a) para cotejar) Francisco Javier Holguin Valencia 18618104 | | **Tipo y No. Documento de Identidad:** C.C: 18618104 | |
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** | **DIA:** 06 | **MES: FEBRERO** | **AÑO:2024** |

***Este documento forma parte de la ficha académica del aprendiz y es prueba del compromiso que adquiere con el SENA de cumplir el Reglamento de Aprendices SENA, el cual es firmado durante el proceso de matrícula en un programa de formación en el SENA.***

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# CONTRASEÑA



**DUPLICADO TI**
**1.030.140.930**

APELLIDOS / NOMBRES
**HOLGUIN ROJAS**
**SHELSSY XIMENA**

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
**20-MAR-2009**
**PEREIRA - RISARALDA**

FECHA DE EXPEDICIÓN
**15-JUN-2016**

SEXO
**FEMENINO**

LUGAR DE PREPARACIÓN
**SANTA ROSA DE CABAL - SANTA ROSA DE CABAL**

OFICINA DE ENTREGA
**SANTA ROSA DE CABAL - SANTA ROSA DE CABAL**

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

**ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 14-AGO-2024**

**8510977498**
**14-FEB-2024**

# PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

## FORMATO "TRATAMIENTO DE DATOS MENOR DE EDAD"

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** | 06 de febrero de 2024 | **CIUDAD / MUNICIPIO:** | Santa Rosa de Cabal |
| **REGIONAL:** | RISARALDA | **CENTRO DE FORMACIÓN** | COMERCIO Y SERVICIOS |
| **PROGRAMA DE FORMACIÓN** | **Técnico en Contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras** | **No. DE FICHA:** | 2909040 |

Yo Francisco Javier Holguin Valencia, identificado con Cédula de Ciudadanía X o Extranjería _____ No. 18618104 de Santa Rosa de Cabal declaro bajo la gravedad de juramento que soy el representante legal o tutor del titular de los datos personales del menor de edad, Shelssy Ximena Holguin Rojas, identificado con la tarjeta de identidad número 1030140930 y conforme a la ley 1581 de 2012 y demás Decretos reglamentarios:

**AUTORIZO** de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca al **Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA**, para el manejo de los datos personales del menor de edad y del tratamiento de recolectar, transferir, transmitir, almacenar, depurar, usar, analizar, circular, actualizar, suprimir y cruzar información, directa o a través de terceros, con la finalidad de atender adecuadamente las actividades de ingreso y selección de los aspirantes a los diversos programas de formación que oferte el Centro de Formación, específicamente en los procesos de inscripción, selección, revisión de los requisitos exigidos por el programa de formación, asentamiento de matrícula y demás funciones y servicios propios del Centro de Formación que permiten el cumplimiento de las funciones misionales del Sena.

De conformidad con la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, declaro que he sido informado de lo siguiente: (i) Que el SENA, como responsable de los datos personales del menor de edad, ha publicado las políticas de tratamiento de datos personales en la dirección electrónica www.sena.edu.co, teléfono 3430111 y 018000 910270. (ii) Que los derechos que me asisten como representante legal o tutor del titular de los datos personales del menor de edad son los previstos en la constitución, la ley y demás normatividad vigente sobre uso de plataformas públicas, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal del menor de edad; Shelssy Ximena Holguin Rojas, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de sus datos personales. (iii) Es voluntario responder preguntas que eventualmente me sean hechas sobre datos sensibles o datos de menores de edad, y que estos últimos serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores, de acuerdo con la política de tratamiento y protección de datos personales de la entidad.

Lo anterior se podrá ejercer a través de los canales dispuestos por el SENA para la atención al público www.sena.edu.co/servicioalciudadano/PQRS.

Atentamente,

| | |
|---|---|
| **FIRMA DEL APRENDIZ:** Shelssy Ximena Holguin Rojas. | **Tipo y No. Documento de Identidad:** T.ID: 1030140930 |
| **FIRMA DE: LA MADRE, EL PADRE O TUTOR (A)** | **Tipo y No. Documento de Identidad:** CC 18618104 |
| **Correo electrónico:** Shelssyholguin20@gmail.com. | |
| **Dirección de contacto:** Cra 25 # 23-39 villa diana | 3234168223 |

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.093.140.930

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38256949

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspeccion de Policia [ ] Código A H K

País - Departamento - Municipio - corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE PEREIRA-H U SAN JORGE - COLOMBIA - RISARALDA - PERE

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| HOLGUIN | ROJAS |

Nombre(s)

SHELSSY XIMENA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2009 Mes MAR Día 20 | FEMENINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)

COLOMBIA RISARALDA PEREIRA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 51270887-3 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos

ROJAS ACEVEDO LEIDY JOHANNA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.093.215.977 | COLOMBIA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos

HOLGUIN VALENCIA FRANCISCO JAVIER

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 18.618.104 | COLOMBIA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

HOLGUIN VALENCIA FRANCISCO JAVIER

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 18.618.104 | 18618104 |

*Datos primer testigo*

Apellidos y nombres completos

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

*Datos segundo testigo*

Apellidos y nombres completos

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| *Fecha de inscripción* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| Año 2009 Mes MAR Día 20 | DIEGO ALBERTO JIMENEZ OTALVARO<br>Nombre y firma |

51CREGISTRADURIA NAL nacimiento 11-02-09

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | TI |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1030140930 |
| NOMBRES | SHELSSY XIMENA |
| APELLIDOS | HOLGUIN ROJAS |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | RISARALDA |
| MUNICIPIO | SANTA ROSA DE CABAL |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. | CONTRIBUTIVO | 01/09/2023 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| **Fecha de Impresión:** | 02/06/2024 06:48:27 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados