PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO "MI COMPROMISO COMO APRENDIZ SENA"

Yo, ESTEBAN DAVID PEREZ OLIVAREZ							
Con documento de identidad: (marcar con una X)	Tarjeta de Identidad	X	Cédula de Ciudadanía		Cédula de Extranjería		**No.** 1067 763 409
	Otro		Cual				
Matriculado en el programa de formación: TECNICO EN CONTABILIZACION							
Ficha de Caracterización No.		**Del Centro de Formación:** COMERCIO INDUSTRIOS TURISMO					

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: ESTEBAN DAVID PEREZ OLIVAREZ		**No. Documento de Identidad:** 1067 763 409	
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) DOMINGO LUIS PEREZ SUAREZ		**Tipo y No. Documento de Identidad:** 78 078 909	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:	**DIA:**	**MES:**	**AÑO:**

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.

FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Identificación de la formacion

Nº de ficha:		Tipo de formación	Titulada / Complementaria		Programa de formación:	TECNICO EN CONTABILIDAD

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC ___ Ti X Otro ___ Nº 1067163109 Fecha de Expedición(D/M/A):* 18-SEP-2014 MONTERIA

País de Expedición:* COLOMBIA Departamento de Expedición:* CORDOBA Municipio de Expedición:* MONTERIA

Nombres:* ESTEBAN DAVID

Primer Apellido:* PEREZ ALVAREZ Segundo Apellido: ALVAREZ

E-mail:* Confirmación del e-mail:

Tipo de Sangre:* ___ AB+ ___ AB- ___ A+ ___ A- X B+ ___ B- ___ O+ ___ O-

Estrato:* X Uno ___ Dos ___ Tres ___ Cuatro ___ Cinco ___ Seis

Estado Civil: X Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo

Fecha nacimiento:* 2-ABRIL-2007

Genero:* MASCULINO

Libreta Mil:

País:

Departamento:

Municipio:

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X No ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud

___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
X Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Colpatria
___ Colombia
___ Humana Vivir S.A.

___ Colsubsidio
___ Valle
___ Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud

___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
___ Otra

Lugar de Residencia:

País*: COLOMBIA Departamento*: CORDOBA Municipio*: MONTERIA

Zona: BUYA Barrio: Dirección:* DOMICILIO

Tel Fijo:* Celular: 3234987825 Tel Alterno 3234987825

Educación:*

Básica:* Nombre de la Institución: BONDOMICE CIDEA Municipio: MONTERIA

Superior:* Nombre de la Institución: Municipio:

Tipo de Población*

X Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor

___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física

___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
___ Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia:*

Nombres y Apellidos: JOMINYO LUIS PEREZ SANCHEZ Celular: 3234987825

Parentesco: PADRE Fecha de Nacimiento(D/M/A): 4-DIC-1984 Tel Fijo:

Empresa donde labora: CONDUCTOR

Firma Aprendiz: ESTEBAN DAVID PEREZ

Firma Instructor:

Nota: Todo lo que posee (*) asterisco es de obligatorio diligenciamiento

PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO "TRATAMIENTO DE DATOS MENOR DE EDAD"

FECHA:		**CIUDAD / MUNICIPIO:**	Lorica - Cordoba
REGIONAL:	Cordoba	**CENTRO DE FORMACIÓN**	comercio industrial y tc
PROGRAMA DE FORMACIÓN	tecnico en contabilidad	**No. DE FICHA:**	

Yo Dominguo Luis Sanchez, identificado con Cédula de Ciudadanía X o Extranjería ____ No. 78078908 de Lorica declaro bajo la gravedad de juramento que soy el representante legal o tutor del titular de los datos personales del menor de edad, Esteban David Perez Alcazar, identificado con la tarjeta de identidad número 1067763140, 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; Esteban David Perez Alcazar, 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: Esteban David Perez Alcazar	**Tipo y No. Documento de Identidad:** 1067763140
FIRMA DE: LA MADRE, EL PADRE O TUTOR (A) Dominguo Luis Perez Sanchez	**Tipo y No. Documento de Identidad:** 78078908
Correo electrónico:	
Dirección de contacto:	

www.sena.edu.co
Síguenos SENAComunica

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
PROCESO GESTION DE EMPLEO ANALISIS OCUPACIONAL Y EMPLEABILIDAD
FORMATO REGISTRO DE OFERTA

1. Datos de Identificación

Tipo de Identificación: Cedula de Ciudadanía ☐ Tarjeta de Identidad ☒ Cedula de Extranjería ☐ Otro ☐ _____
Número de Identificación: 1067763402 de IORICO
Nombres y Apellidos ESTEBAN DAVID PEREZ D. Datos de nacimiento 02/04/23 Ciudad IORICO
Estado Civil: Indiferente ☐ Soltero ☒ Casado ☐ Unión Libre ☐ Separado ☐ Viudo ☐
Posición Familiar: Jefe de Hogar o Cabeza de Familia ☐ Hijo(a) ☒ Esposo(a) ☐ Indiferente ☐
Libreta Militar: No Tiene Libreta Militar ☐ Libreta de Primera ☐ Libreta de Segunda ☐
Población a la que pertenece: Vulnerable ☐ Victima ☐ Desplazado ☐ Persona con discapacidad ☐ Afrodescendiente ☐ Otra ☐ Cuál _____

2. Datos de Domicilio y de Contacto

Departamento CORDOBA Municipio IORICO Zona de Residencia RURAL
Barrio de Residencia _____ Dirección 10 SOCHIVO Teléfono Principal 3012745710 Celular 3234987425 Correo Electrónico _____ Estrato _____

3. Perfil Ocupacional

En este espacio podrá redactar un breve resumen de su hoja de vida, preferiblemente con la información del último estudio terminado, su experiencia y tiempo en el área laboral relacionada, finalizando con las capacitaciones y conocimientos adquiridos en los trabajos realizados.

4. Educación

Educación Primaria

Institución BOMBONICO OBRERO Departamento CORDOBA Municipio IORICO
Graduado: Sí ☒ No ☐ Último grado cursado: 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☒
Fecha de grado o del último periodo cursado: 30/XI/2019

Educación Secundaria

Institución BOMBONICO OBRERO Departamento CORDOBA Municipio IORICO
Graduado: Sí ☒ No ☐ Último grado cursado: 6º ☐ 7º ☐ 8º ☐ 9º ☒ 10º ☐ 11º ☐
Fecha de grado o del último periodo cursado: 30/XI/2023

Educación Superior (Técnico – Tecnológico –Universitaria – Postgrado)

Institución _____ Departamento _____ Municipio _____
Nivel Académico: Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Doctorado ☐
Título: _____
Número de semestres aprobados: _____ Graduado: Sí ☐ No ☐ Fecha del último periodo cursado: ____/____/____

Institución _____ Departamento _____ Municipio _____
Nivel Académico: Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Doctorado ☐
Título: _____
Número de semestres aprobados: _____ Graduado: Sí ☐ No ☐ Fecha del último periodo cursado: ____/____/____

5. Capacitación (Cursos Cortos – Diplomados - Certificados de Aptitud Profesional)

Titulo _____ Área de Estudio _____
Tipo de estudio: Diplomado ☐ Curso ☐ Certificados de Aptitud Profesional ☐ Tiempo cursado ____/_____
Terminó Si ☐ No ☐ Fecha del último período cursado ____/____/_____

Titulo _____ Área de Estudio _____
Tipo de estudio: Diplomado ☐ Curso ☐ Certificados de Aptitud Profesional ☐ Tiempo cursado ____/_____
Terminó Si ☐ No ☐ Fecha del último período cursado ____/____/_____

6. Idiomas

(En este espacio usted debe diligenciar los idiomas que domina aparte del español)

Idioma _____
Lo Habla: Nativo ☐ Avanzado ☐ Intermedio ☐ Básico ☐ Lo Lee: Nativo ☐ Avanzado ☐ Intermedio ☐ Básico ☐
Lo Escribe: Nativo ☐ Avanzado ☐ Intermedio ☐ Básico ☐

7. Experiencia Laboral

Experiencia 1
Empresa _____ Ocupación (Cargo) _____ ¿Actualmente trabaja allí? Si ☐ No ☐
Fecha de Ingreso: ____/____/_____ Fecha de Retiro: ____/____/_____

Experiencia 2
Empresa _____ Ocupación (Cargo) _____ ¿Actualmente trabaja allí? Si ☐ No ☐
Fecha de Ingreso: ____/____/_____ Fecha de Retiro: ____/____/_____

Experiencia 3
Empresa _____ Ocupación (Cargo) _____ ¿Actualmente trabaja allí? Si ☐ No ☐
Fecha de Ingreso: ____/____/_____ Fecha de Retiro: ____/____/_____

8. Intereses Ocupacionales

Teniendo en cuenta su experiencia y trayectoria laboral, por favor escriba en orden de importancia, la o las ocupaciones (cargos) en las cuales le gustaría trabajar:

Ocupación 1 _____ Ocupación 2 _____
Ocupación 3 _____ Ocupación 4 _____
Ocupación 5 _____ Ocupación 6 _____

9. Otros Datos

Posee Licencia de conducción Si ☐ No ☐ Categoría_____
Posee Algún medio de transporte: _____

Nota: Autorizo a la APE del SENA para el tratamiento de la información aquí consignada, conozco la destinación de la misma y el carácter facultativo que me asiste para el otorgamiento de mis datos sensibles de conformidad a lo establecido por la Ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales"

Firma ESTEBAN DAVID PEREZ FLORES

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.067.163.409**

PEREZ ALVAREZ
APELLIDOS

ESTEBAN DAVID
NOMBRES

esteban perez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **02-ABR-2007**

LORICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

02-ABR-2025 **B+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

18-SEP-2014 LORICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1302200-00652911-M-1067163409-20141222 0042018187A 4 7513068496

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **78.078.909**

PEREZ SANCHEZ

APELLIDOS

DOMINGO LUIS

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **04-AGO-1984**

LORICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

23-DIC-2002 LORICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

A-1302200-01058118-M-0078078909-20190125 0064333192A 2 7515155268

1-CO CIVIL

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	1067163409
NOMBRES	ESTEBAN DAVID
APELLIDOS	PEREZ ALVAREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	LORICA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS	SUBSIDIADO	01/04/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/22/2024 10:19:48	**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**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.067.163 409

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40724316

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 1] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [2 5 4 3]

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

COLOMBIA CORDOBA LORICA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	ALVAREZ .....

Nombre(s)

ESTEBAN DAVID .....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes ABRIL Día 02	MASCULINO	"B"	POSITIVO

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

COLOMBIA CORDOBA LORICA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 7891238

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ GENES YULY ESTHER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 1.063.134.188 de Lorica	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PEREZ SANCHEZ DOMINGO LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 78.078.909 de Lorica	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ SANCHEZ DOMINGO LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.# 78.078.909 de Lorica	Domingo perez

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 2007 Mes ABRIL Día 13	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

I 7243156