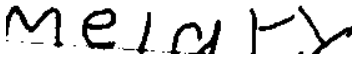
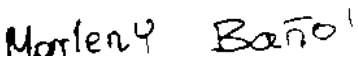
PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO "MI COMPROMISO COMO APRENDIZ SENA"

Yo, Melary Montoya Bañol							
Con documento de identidad: (marcar con una X)	Tarjeta de Identidad	X	Cédula de Ciudadanía		Cédula de Extranjería		**No. 1088828426**
	Otro		Cual				
Matriculado en el programa de formación: Técnico en ASESORÍA COMERCIAL							
Ficha de Caracterización No.	**2909610**	**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: 	**No. Documento de Identidad:** **TI 1088828426**
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)	**Tipo y No. Documento de Identidad:** **CC. 42132830**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:	**DIA: 7**	**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.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.088.828.426

MONTOYA BAÑOL
APELLIDOS

MELARY
NOMBRES

Melary
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-2006

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-SEP-2024
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

F
SEXO

20-MAR-2014 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2400100-00625241-F-1088828426-20140922 0040103739A 4 4542806646

PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO "TRATAMIENTO DE DATOS MENOR DE EDAD"

FECHA:	**07 de febrero de 2024**	**CIUDAD / MUNICIPIO:**	Pereira
REGIONAL:	RISARALDA	**CENTRO DE FORMACIÓN**	**ASESORÍA COMERCIAL**
PROGRAMA DE FORMACIÓN	**Técnico en ASESORIA COMERCIAL**	**No. DE FICHA:**	**2909610**

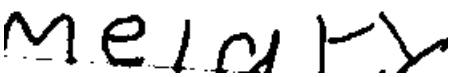
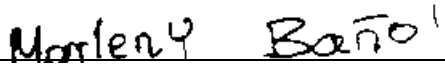
Yo ___ **Marleny Bañol**_____, identificado con Cédula de Ciudadanía __x___ o Extranjería _____ No. ___ **42132830**_____de _____Pereira_____ declaro bajo la gravedad de juramento que soy el representante legal o tutor del titular de los datos personales del menor de edad, _____ Melary Montoya Bañol_____, identificado con la tarjeta de identidad número _____**1088828426**_____, 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; _____ **Melary Montoya Bañol**_____, 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: 	**Tipo y No. Documento de Identidad:** **TI 1088828426**
FIRMA DE: LA MADRE, EL PADRE O TUTOR (A) 	**Tipo y No. Documento de Identidad:** **CC. 42132830**
Correo electrónico: montoyamelary19@gmail.com	
Dirección de contacto: mz 14 c 21 malaga	

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1088828426

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40311529

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código M 8 V

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

NOTARIA 1 PEREIRA COLOMBIA RISARALDA PEREIRA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MONTOYA**********	BAÑOL**********

Nombre(s)

MELARY**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes SEP Día 19	FEMENINO**********	O**********	**********

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

COLOMBIA RISARALDA PEREIRA**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A7175341**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BAÑOL MONTOYA MARLENY**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0042132830**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MONTOYA AGUDELO ALEXANDER**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0010018675**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MONTOYA AGUDELO ALEXANDER**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0010018675**********	

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

Año 2006 Mes NOV Día 07

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JOSE DANIEL TRUJILLO ARCILA

Nombre y Firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JOSE DANIEL TRUJILLO ARCILA

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

LVF14

Creado en SIRC

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN
GRUPO GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 1472067

Que el (la) señor(a) SLP. ALEXANDER MONTOYA AGUDELO identificado(a) con Cédula de ciudadanía 10018675 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (EJC) a través de CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de abril de 2001.

Beneficiario(s):

Nombres y Apellidos	Tipo	Documento	Parentesco	Plan afiliación	Estado
MELARY MONTOYA BAÑOL	TI	1088828426	HIJO(A)	Beneficiario	Activo

La presente certificación se expide como constancia de que el (la) mencionado(a) usuario(a) se encuentra ACTIVO(A) en la Base de Datos de afiliados y beneficiarios.

Lo anterior en cumplimiento al Decreto 780 del 6 de Mayo de 2016, artículo 2.1.3.14 el cual citó, ‘’Afiliaciones múltiples. En el sistema general de seguridad social en salud, ninguna persona podrá estar inscrita en más de una EPS o EOC ni ostentar simultáneamente las calidades de cotizante y beneficiario, cotizante y afiliado adicional o beneficiario y afiliado adicional, afiliado al régimen subsidiado y cotizante, afiliado al régimen subsidiado y beneficiario o afiliado al régimen subsidiado y afiliado adicional. Tampoco podrá estar afiliado simultáneamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a un régimen exceptuado o especial ‘’.

Por su parte, el Decreto Ley 1795 de 2000 en su Artículo 24 parágrafo 4º, dispone que “No se admitirá como beneficiarios del SSMP a los cotizantes de cualquier otro régimen de salud”.

NOTA: ESTE CERTIFICADO NO ES VÁLIDO PARA REALIZAR APORTES ANTE ADRES

Dada en Bogotá D.C., el día 08 de abril de 2024, con destino a QUIEN INTERECE.

Mayor LUIS EDUARDO QUIROGA QUINTANA
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: CC1084578560