PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO "MI COMPROMISO COMO APRENDIZ SENA"

Yo, SARA SOFIA BAÑOL LOAIZA							
Con documento de identidad: (marcar con una X)	Tarjeta de Identidad	X	Cédula de Ciudadanía		Cédula de Extranjería		**No.** 1.089.384.424
	Otro		Cual				
Matriculado en el programa de formación: TÉCNICO EN CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS							
Ficha de Caracterización No.	3151052	**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: Sara Sofia Bañol Loaiza	**No. Documento de Identidad:** 1.089.384.424 de Dosquebradas
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:** 42.018.929 de Dosquebradas

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:	**DIA:** 06	**MES: FEBRERO**	**AÑO:2025**

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
1.089.384.424

BAÑOL LOAIZA
APELLIDOS

SARA SOFIA
NOMBRES

Sara Sofia
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-2008
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

06-JUL-2026 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

11-AGO-2015 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-2402500-00746484-F-1089384424-20150918 0046516559A 1 34704903

PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO "TRATAMIENTO DE DATOS MENOR DE EDAD"

FECHA:	06 de febrero de 2025	**CIUDAD / MUNICIPIO:**	Pereira /Risaralda
REGIONAL:	RISARALDA	**CENTRO DE FORMACIÓN**	COMERCIO Y SERVICIOS
PROGRAMA DE FORMACIÓN	**Técnico en Contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras**	**No. DE FICHA:**	3151052

Yo LUZ ADRIANA LOAIZA RESTREPO, identificado con Cédula de Ciudadanía X o Extranjería _____ No. 42.018.929 de DOSQUEBRADAS declaro bajo la gravedad de juramento que soy el representante legal o tutor del titular de los datos personales del menor de edad, SARA SOFIA BAÑOL LOAIZA, identificado con la tarjeta de identidad número 1.089.384.424, 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; SARA SOFIA BAÑOL LOAIZA, 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: Sara Sofia Bañol Loaiza	**Tipo y No. Documento de Identidad:** 1.089.384.424 de Dosquebradas
FIRMA DE: LA MADRE, EL PADRE O TUTOR (A) Luz Adriana Loaiza Restrepo	**Tipo y No. Documento de Identidad:** 42.018.929 de Dosquebradas
Correo electrónico: adrianaloaizarestrepo@gmail.com	
Dirección de contacto: Carrera 26A No. 58-03 Brr. El Ensueño / Dosquebradas	

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

NUIP 1.089.384.424

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41153711

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código MXV

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

COLOMBIA RISARALDA PEREIRA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BAÑOL	LOAIZA

Nombre(s): SARA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes JUL Día 06	Femenino	"A"	Positivo

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

COLOMBIA RISARALDA PEREIRA

Tipo de documento antecedente o con base en la cual se hace la inscripción	No. de identificación
Certificado de Nacido Vivo	50276306=3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: LOAIZA RESTREPO LUZ ADRIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 42.018.929 Dosquebradas	Colombiana

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BAÑOL LASSO LUIS GONZAGA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 10.124.886 Pereira	Colombiana

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BAÑOL LASSO LUIS GONZAGA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC# 10.124.886 Pereira Rda. 4	x

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):

Fecha de inscripción

Año 2008 Mes JUL Día 18

Nombre y firma del funcionario que autoriza: Dr. Hernando Ramírez Guevara
Nombre y firma

NOTARIA TERCERA REGISTRO Hernando Ramírez G. Notario CIRCULO DE PEREIRA

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: Dr. Hernando Ramírez Guevara
Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.018.929**
LOAIZA RESTREPO

APELLIDOS
LUZ ADRIANA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **07-AGO-1980**
PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

20-AGO-1998 DOSQUEBRADAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2402500-00066182-F-0042018929-20080906 0003051736A 2 4920003318

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	1089384424
NOMBRES	SARA SOFÍA
APELLIDOS	BAÑOL LOAIZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A	CONTRIBUTIVO	15/01/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: | 10/30/2024 19:05:18 | **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 - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información, en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.