PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO "MI COMPROMISO COMO APRENDIZ SENA"

Yo, Danna Camila Baena Ruiz							
Con documento de identidad: (marcar con una X)	Tarjeta de Identidad	X	Cédula de Ciudadanía		Cédula de Extranjería		**No.** 1013132077
	Otro		Cual				
Matriculado en el programa de formación: TÉCNICO EN CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS							
Ficha de Caracterización No.	3151128	**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: Danna Camila Baena Ruiz	**No. Documento de Identidad:** 1013132077 de Bogota
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: 52125236 Bogota
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: **DIA:** 5	**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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.013.132.077**

BAENA RUIZ

APELLIDOS

DANNA CAMILA

NOMBRES

Danna Camila Baena Ruiz

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-JUN-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

29-JUN-2028 **A+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

25-SEP-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00965116-F-1013132077-20171229 0058993530A 3 1304634067

PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO "TRATAMIENTO DE DATOS MENOR DE EDAD"

FECHA:	05 de febrero de 2025	**CIUDAD / MUNICIPIO:**	Santa Rosa de Cabal/Risaralda
REGIONAL:	RISARALDA	**CENTRO DE FORMACIÓN**	COMERCIO Y SERVICIOS
PROGRAMA DE FORMACIÓN	**Técnico en Contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras**	**No. DE FICHA:**	3151128

Yo María Elsa Ruiz, identificado con Cédula de Ciudadanía X o Extranjería ____ No. 52125236 de Bogotá declaro bajo la gravedad de juramento que soy el representante legal o tutor del titular de los datos personales del menor de edad, Danna Camila Baena Ruiz, identificado con la tarjeta de identidad número 1013132077, 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; Danna Camila Baena Ruiz, 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: Danna Camila Baena Ruiz	**Tipo y No. Documento de Identidad:** TI 1013132077 de Bogotá
FIRMA DE: LA MADRE, EL PADRE O TUTOR (A)	**Tipo y No. Documento de Identidad:** CC: 52125236 Bogotá
Correo electrónico: elsaruiz_74@hotmail.com	
Dirección de contacto: Cra 12 # 26 B-20 Bosques de Santa Ana	

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.013.132.077

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50281468

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 53 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 2 H

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

NOTARIA 53 BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BAENA	RUIZ

Nombre(s): DANNA CAMILA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes JUN Día 29	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10355973-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RUIZ MARIA ELSA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.125.236	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BAENA VALIENTE PEDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 3.800.854	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BAENA VALIENTE PEDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 3.800.854	

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 2010 Mes JUL Día 17	JORGE ALEXANDER CHAPARRO GOMEZ (E) Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	JORGE ALEXANDER CHAPARRO GOMEZ (E) Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

17.JUL.2010 - LIBRO DE VARIOS - 204 FOL 145 ACEPTO RECONOCIMIENTO MARIA ELSA RUIZ.

26 JUN 2025

ASESORIA S.A. NIT 890.821.151-0 102242251

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.125.236**

RUIZ
APELLIDOS

MARIA ELSA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-JUL-1974**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

08-FEB-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ REHGIFO LOPEZ

A-1500115-45149016-F-0052125236-20060706 **00013**06187C 02 200672091

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	1013132077
NOMBRES	DANNA CAMILA
APELLIDOS	BAENA RUIZ
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	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/05/2025 12:06:50	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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