PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO "MI COMPROMISO COMO APRENDIZ SENA"

Yo, Juanita Alvarez García							
Con documento de identidad: (marcar con una X)	Tarjeta de Identidad	X	Cédula de Ciudadanía		Cédula de Extranjería		**No.** 1088832393
	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: Juanita Alvarez García		**No. Documento de Identidad:** 1088832393	
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- 25.472.472	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:	**DIA:** 05	**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

NUMERO 1.088.832.393
ALVAREZ GARCIA
APELLIDOS
JUANITA
NOMBRES

Juanita
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-NOV-2009
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
09-NOV-2027 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
05-DIC-2017 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

P-2408600-00999152-F-1088832393-20180323 0060311399A 1 4884736245

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 Isabel Cristina García Muñoz, identificado con Cédula de Ciudadanía X o Extranjería ____ No. 25.172477 de Sta Rosa de C. declaro bajo la gravedad de juramento que soy el representante legal o tutor del titular de los datos personales del menor de edad, Juanita Alvarez García, identificado con la tarjeta de identidad número 1088832393, 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; Juanita Alvarez García, 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: Juanita Alvarez García	**Tipo y No. Documento de Identidad:** TI. 1088832393
FIRMA DE: LA MADRE/ EL PADRE O TUTOR (A)	**Tipo y No. Documento de Identidad:** CC. 25.172477
Correo electrónico: juanitaalvarezgarcia0922@hotmail.com	
Dirección de contacto: Cll 22 B # 12-49 4piso	

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1088632393

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41962880

41962880

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [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
ALVAREZ**********	GARCIA**********

Nombre(s)

JUANITA**********

Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009	Mes NOV	Día 09		FEMENINO********	A*******	+ ****

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**********	51860314-2********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GARCIA CASTAÑO ISABEL CRISTINA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0025172477**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ ECHEVERRI CARLOS GUSTAVO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0075079834**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ ECHEVERRI CARLOS GUSTAVO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0075079834**********	

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
**********	**********

REPÚBLICA DE COLOMBIA 1ra Circuito de Pereira

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —



REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 25.172.477

GARCIA CASTAÑO

APELLIDOS

ISABEL CRISTINA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-1978

SANTA ROSA DE CABAL (RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

07-JUN-1996 SANTA ROSA DE CABAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO

A-2408600-01099973-F-0025172477-20191001 0067947844A 2 9910021642

ESTADO 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	1088832393
NOMBRES	JUANITA
APELLIDOS	ALVAREZ GARCIA
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	CONTRIBUTIVO	18/07/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/05/2025 12:03:49	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1