PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO "MI COMPROMISO COMO APRENDIZ SENA"

Yo, Valeria Duque Alvarez							
Con documento de identidad: (marcar con una X)	Tarjeta de Identidad	X	Cédula de Ciudadanía		Cédula de Extranjería		**No.** 1089606717
	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: Valeria Duque Álvarez		**No. Documento de Identidad:** 1089606717	
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) Gabriela Alvarez Tamayo		**Tipo y No. Documento de Identidad:** C.C. 33967550.	
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

NÚMERO **1.089.606.717**

DUQUE ALVAREZ

APELLIDOS

VALERIA

NOMBRES

valeria Duque

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-SEP-2009**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

08-SEP-2027

FECHA DE VENCIMIENTO

AB+ G S RH

F SEXO

22-NOV-2016 SANTA ROSA DE CABAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2408600-00874489-F-1089606717-20161228 0052903978A 1 4884200357

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 Gabriela Alvarez Tamayo, identificado con Cédula de Ciudadanía X o Extranjería _____ No. 33967550 de Santa Rosa de Cabal declaro bajo la gravedad de juramento que soy el representante legal o tutor del titular de los datos personales del menor de edad, Valeria Duque Alvarez, identificado con la tarjeta de identidad número 1089606717, 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; Valeria Duque Alvarez, 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: Valeria Duque Alvarez	**Tipo y No. Documento de Identidad:** T.I 1089606717
FIRMA DE: LA MADRE, EL PADRE O TUTOR (A) Gabriela Alvarez Tamayo	**Tipo y No. Documento de Identidad:** C.C 33967550
Correo electrónico: Gabynails2009@gmail.com	
Dirección de contacto: Cra 14 # 18-53	

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1089606717

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43641483

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código M Y V

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA

Datos del Inscrito

Primer Apellido: DUQUE
Segundo Apellido: ALVAREZ
Nombre(s): VALERIA

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes SEP Día 08
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo sanguíneo: AB
Factor RH: POS

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 51859102-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ALVAREZ TAMAYO GABRIELA
Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 33967550 DE SANTA ROSA DE CABAL
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: DUQUE CASTRO VICTOR ALFONSO
Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 4585919 DE SANTA ROSA DE CABAL
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: DUQUE CASTRO VICTOR ALFONSO
Documento de Identificación (Clase y número): C.C.NO. 4585919 DE SANTA ROSA DE CABAL
Firma

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 2009 Mes SEP Día 09

Nombre y firma del funcionario que autoriza
FERNANDO CHICA RIOS
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
FERNANDO CHICA RIOS
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR BANARANJO S.A. NIT. 860.013.711-6 10383 10 2008



FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1985
EL DONCELLO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-ENE-2004 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2408600-00687046-F-0033967560-20150415 0043906650A 1 4583334987



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 33.967.550
ALVAREZ TAMAYO
APELLIDOS
GABRIELA
NOMBRES
Gabriela Alvarez Tamayo
FIRMA

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	1089606717
NOMBRES	VALERIA
APELLIDOS	DUQUE ALVAREZ
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	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	01/02/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/04/2025 18:13:30	**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 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**,