GESTIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
APOYOS SOCIOECONÓMICOS FORMATO DE REGISTRO SOCIOECONÓMICO[1]

IMPORTANTE: Lea las instrucciones para el diligenciamiento de este formato y reporte solamente información verdadera. Reportar información falsa es un delito y los resultados obtenidos pueden ser anulados (Art. 296 Código Penal y art. 9 Ley 1324 de 2009).
La información que está en las bases de datos de la entidad será consultada directamente por el equipo de apoyos socioeconómicos del centro de formación.

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

El Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, en cumplimiento de lo definido en la Ley 1581 de 2012 y en el Decreto 1377 de 2013; se permite informarle que los datos personales que usted suministre en atención a los tramites de **Apoyos de socioeconómicos del SENA**, serán manejados con las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para otorgar su seguridad, evitando su adulteración, perdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.

Con el registro de datos básicos y la aceptación de la política de seguridad y confidencialidad, el usuario o aspirante autoriza y da el consentimiento para el tratamiento de datos personales para que de manera libre, previa, clara, expresa, voluntaria y debidamente informada permita a la Entidad recolectar, recaudar, almacenar, usar, procesar, compilar, intercambiar con otras Entidades Públicas, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que serán suministrados y que se incorporen en nuestras bases de datos. Esta información es y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de la Entidad.

Así mismo, usted como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales y, solo en los casos en que sea procedente, a suprimirlos o revocar la autorización otorgada para su tratamiento y los demás derechos establecidos en el artículo 8° de la Ley 1581 de 2012.

¿Autoriza a la institución la entrega de su información con la finalidad de verificar la información presentada en este formato (Personas naturales o jurídicas, entidades públicas o privadas)?

SI __X___ NO_____

Con el envío de su información personal a través de este formulario, se entiende que está manifestando expresamente su autorización al SENA para proceder al tratamiento de sus datos personales en los términos arriba expuestos.

FECHA: __marzo 7 de 2025_____

CENTRO DEFORMACIÓN: _Industria y Construcción__
REGIONAL: _Tolima_____

[1] No aplica para convocatorias de monitoria

APOYO SOCIOECONÓMICO PARA EL QUE SE POSTULA: (señale con una **X**)

Apoyo de sostenimiento FIC:	
Apoyo de sostenimiento regular:	
Apoyos de transporte:	
Apoyo de alimentación:	**X**
Centros de Convivencia:	
Medios tecnológicos – plan de datos:	

1. DATOS DEL APRENDIZ ASPIRANTE AL APOYO SOCIOECONÓMICO

Nombres y Apellidos	RUBIELA MONTES HURTADO										
Tipo de Documento:	CC	X	TI		CE		OTRA	_____			
Número de Documento:	__30.337.374_____						Lugar de expedición: __Manizales_____				
Género:	F	X	M		No Binario		Edad:	___68_____			
Grupo y Nivel de SISBEN:	Grupo:	A: __ B: _X_ C: __ D: __					N°:	5			
Departamento de Residencia:	TOLIMA				Municipio de residencia:		HERVEO				
Dirección:	BARRIO VILLANUEVA CS 22 Vl 68 # 1A MZ 1 CA SP VILLA UN HERVEO										
Número de Contacto:	3143210036				Correo		nataliiaperezc01@gmail.com				
Nombre de persona de Contacto	Emilsen Murcia				Teléfono de contacto		3219533951				

2. DATOS DE FORMACIÓN:

Programa de Formación:	**ELABORACIÓN DE PRENDES DE VESTIR SOBRE MEDIDAS**					
No. de Ficha:	**3124921**					
Modalidad de Formación:	Presencial	**X**	Virtual		A Distancia	

3. DATOS DE CONTACTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR: (En caso de ser menor de edad)

Nombres y Apellidos:	

Tipo y Número de Documento:	CC: ___ CE: ___ OTRA: ___ ¿Cuál?: _____ N°: _____ de _____			
Departamento:		Municipio:		
Dirección:				
Numero de Contacto:		Correo:		
Parentesco:				

4. **VIVIENDA** (marque con una **X**)

Ubicación de la vivienda: Rural _____ Estrato (Ingrese número): 2

5. SERVICIO MÉDICO DEL APRENDIZ

Tipo de Régimen:	Contributivo: __ Subsidiado: _x_	EPS:	NUEVA EPS
Tipo de Vinculación:	Cotizante: __ Beneficiario: ___ Cabeza de Familia: __		

6. INFORMACION SOCIOECONÓMICA (Marque con una **X**)

RESPONDA	**SI**	**NO**
1. Esta referenciado o es beneficiario del Programa Renta Joven		X
2. Actualmente tiene contrato de aprendizaje.		X
3.Ha sido beneficiario de apoyos de sostenimiento FIC en otro programa de formación.		X
4.Ha sido beneficiario de apoyos de sostenimiento REGULAR en otro programa de formación.		X
5.Tiene vínculo laboral o contrato de prestación de servicios que le represente ingresos económicos.		X
6.Tiene patrocinio o prácticas laborales que le represente ingresos económicos.		X
7.Tiene apoyo de alimentación temporal o de ración alimentaria entregado por el SENA.		X
8. Es beneficiario del apoyo de transporte otorgado por el SENA.		X
9. Es beneficiario del apoyo de medios tecnológicos otorgado por el SENA.		X

7. CONDICIONES DEL APRENDIZ

RESPONDA	**SI**	**NO**
1. Aprendiz víctima del conflicto armado Ley 1448 de 2011- Decreto 4800 de 2011.	X	

2. ¿Se reconoce como aprendiz víctima de violencia basada en género y violencia contra la mujer?		X
3. ¿Se reconoce como aprendiz en situación de discapacidad? ¿Qué tipo de discapacidad?: _____		X
4. ¿Se reconoce como aprendiz madre o padre cabeza de familia?		X
5. ¿Es aprendiz embarazada o en periodo de lactancia hasta un (1) año después del parto y por razones de lactancia?		X
6. ¿Se reconoce como aprendiz perteneciente a comunidades NARP (Negritudes, Afrocolombianos, Raizales, Palanqueros), Pueblo ROM, Población Indígena?		X
7. ¿Se reconoce como aprendiz en situación de desplazamiento por fenómenos naturales en los últimos dos (2) años?		X
8. Es aprendiz con nivel SISBEN grupo A 1,2,3,4 y 5.		X
9. Es aprendiz con nivel SISBEN grupo B 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7.	X	
10. ¿Se reconoce como aprendiz Campesino?	X	
11. ¿Es aprendiz representante elegido según normatividad institucional?		X
12. ¿Es aprendiz que vive en área rural?		X
13. ¿Es aprendiz vocero principal y/o suplente elegido según normatividad institucional?		X
14. ¿Es aprendiz que participa en Semillero de Investigación o WorldSkills o SENAsoft o producción del Centro? ¿Cuál?:_____		X
15. ¿Es aprendiz que ha tenido un cupo en el internado en la vigencia anterior?		X
16. ¿Tiene certificado de nivel tecnólogo o título profesional?		X
17. ¿Adjunta información declaración juramentada?	X	
18. ¿Conoce las obligaciones que adquiere como aprendiz si es beneficiario del apoyo socioeconómico al que se está postulando?	X	

DECLARACIÓN JURAMENTADA: Si el aprendiz al momento de la convocatoria no cuenta con los soportes, podrá presentar este documento firmado; y si resulta beneficiado del apoyo, la entidad podrá solicitar las evidencias de la condición o condiciones acreditadas, en cualquier momento. El formato se adjunta a este documento

FIRMA DEL APRENDIZ: Rubiela Montes Hurtado

Nombre y apellidos: **RUBIELA MONTES HURTADO**

Documento de identificación: **30.337.374**

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR DEL APRENDIZ

_____

Nombre y apellidos: _____

Documento de identificación: _____

DECLARACIÓN JURAMENTADA

En la ciudad/municipio de _____HERVEO_____, siendo el día _10___, del mes de __marzo_____ del año __2025___. Yo__Rubiela Montes Hurtado___, identificada(o) con __C.C____Número ___30.337.374___, en **mi calidad de mayor de edad** manifiesto:

En la ciudad/municipio de _____, siendo el día _____, del mes de _____ del año _____. Yo_____, identificada(o) con _____Número _____, en **mi calidad de representante legal o tutor de** _____ manifiesto:

PRIMERO: Me llamo como lo indico en el presente documento y mi número de identificación corresponde al acá consignado. **SEGUNDO:** De manera libre y espontánea y de acuerdo con la verdad, rindo la presente declaración **TERCERO:** Que la declaración aquí rendida versa sobre hechos del cual doy plena fe y testimonio. **CUARTO:** Que este testimonio lo rindo para ser presentado ante SENA, con el fin de aportar como soporte a la Convocatoria de apoyos socioeconómicos a la que me postulo y que ofrece la institución en el marco del Plan Nacional Integral de Bienestar al Aprendiz. **QUINTO:** Declaro que me encuentro en la condición de:

SELECCIONE SU CONDICIÓN SEGÚN SU CASO PARTICULAR	**MARQUE X**
Aprendiz embarazada o en periodo de lactancia hasta un (1) año después del parto y por razones de lactancia.	
Aprendiz Campesino	X
Aprendiz que vive en área rural	
Aprendiz madre o padre cabeza de familia	
Aprendiz en situación de discapacidad	
Aprendiz víctima de violencia basada en género y violencia contra la mujer.	

Nota: Tenga en cuenta que esta información aplica para la convocatoria a la cual se presenta.

Madre / Padre cabeza de familia en concordancia con lo estipulado por la Ley 790 de 2002, Ley 1232 de 2008 y concordante con las Sentencias C-1039 de 2003 y C-044 de 2004 en lo que se refiere a “Entiéndase por mujer cabeza de familia, que siendo soltera o casada, tenga bajo su cargo, económica o socialmente, en forma permanente, hijos menores propios u otras personas incapaces o incapacitadas para trabajar, debido a alguna incapacidad física, sensorial, psíquica o moral del cónyuge o compañero permanente o deficiencia sustancial de ayuda de los demás miembros del núcleo familiar”.

SEXTO: Cumplo con las condiciones cualitativas descritas en la legislación vigente y principalmente las anteriormente señaladas. **SEPTIMO:** Todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto suscribo este documento.



FIRMA APRENDIZ BENEFICIARIO: RUBIELA MONTES HURTADO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 30.337.374

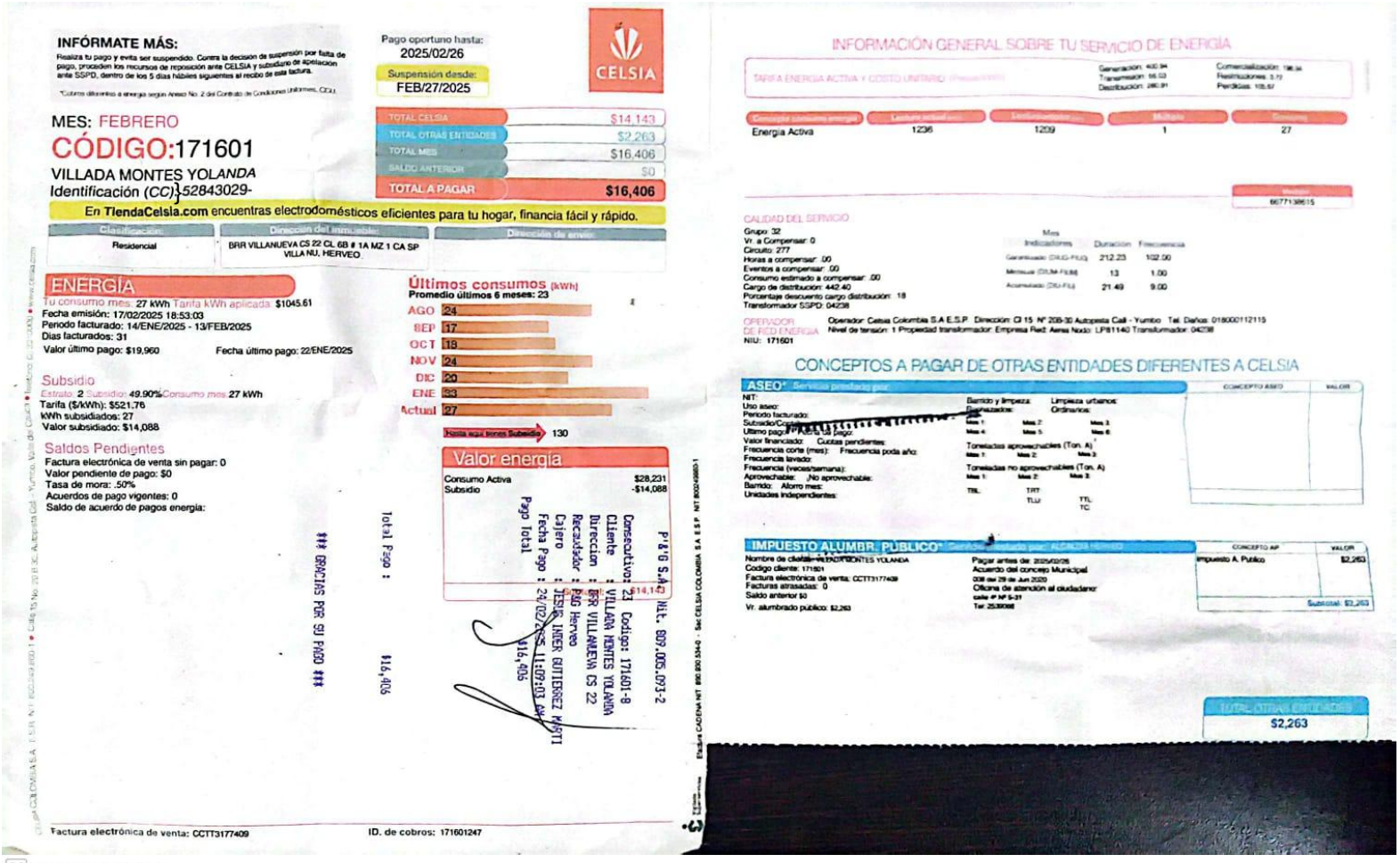
TELEFONO CELULAR: 3143210036

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR: (En caso de ser menor de edad el aprendiz)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

TELEFONO CELULAR:



INFÓRMATE MÁS:
Realiza tu pago y evita ser suspendido. Contra la decision de suspensión por falta de pago, proceden los recursos de reposición ante CELSIA y subsidiario de apelacion ante SSPD, dentro de los 5 días hábiles siguientes al recibo de esta factura.

Pago oportuno hasta: 2025/02/26
Suspensión desde: FEB/27/2025

CELSIA

MES: FEBRERO
CÓDIGO:171601
VILLADA MONTES YOLANDA
Identificación (CC) 52843029-

TOTAL CELSIA	$14,143
TOTAL OTRAS ENTIDADES	$2,263
TOTAL MES	$16,406
SALDO ANTERIOR	$0
TOTAL A PAGAR	$16,406

En TiendaCelsia.com encuentras electrodomésticos eficientes para tu hogar, financia fácil y rápido.

Clasificación	Dirección del inmueble	Dirección de envío
Residencial	BRR VILLANUEVA CS 22 CL 6B # 1A MZ 1 CA SP VILLA NU, HERVEO	

ENERGÍA
Tu consumo mes: 27 kWh Tarifa kWh aplicada: $1045.61
Fecha emisión: 17/02/2025 18:53:03
Periodo facturado: 14/ENE/2025 - 13/FEB/2025
Días facturados: 31
Valor último pago: $19,960 Fecha último pago: 22/ENE/2025

Subsidio
Estrato: 2 Subsidio: 49.90% Consumo mes: 27 kWh
Tarifa ($/kWh): $521.76
kWh subsidiados: 27
Valor subsidiado: $14,088

Saldos Pendientes
Factura electrónica de venta sin pagar: 0
Valor pendiente de pago: $0
Tasa de mora: .50%
Acuerdos de pago vigentes: 0
Saldo de acuerdo de pagos energía:

Últimos consumos (kWh)
Promedio últimos 6 meses: 23

AGO	24
SEP	17
OCT	18
NOV	24
DIC	20
ENE	33
Actual	27

Hasta aquí tienes Subsidio 130

Valor energía

Consumo Activa	$28,231
Subsidio	-$14,088
	$14,143

Consecutivo: 23 Codigo: 171601-8
Cliente VILLADA MONTES YOLANDA
Direccion BRR VILLANUEVA CS 22
Recaudador ENG Herveo
Cajero JESUS JAVIER GUTIERREZ HOYOS
Fecha Pago : 24/02/2025 11:09:03 AM
Pago Total $16,406
Total Pago : $16,406
GRACIAS POR SU PAGO

P.I.G S.A.S. NIT. 809.005.093-2

Factura electrónica de venta: CCTT3177409 ID. de cobros: 171601247

Scanned with CamScanner

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE TU SERVICIO DE ENERGÍA

TARIFA ENERGIA ACTIVA Y COSTO UNITARIO (Pesos/kWh)
Generación: 400.94
Transmisión: 66.03
Distribución: 280.91
Comercialización: 196.94
Restricciones: 3.72
Pérdidas: 105.67

Concepto consumo energía	Lectura actual kWh	Lectura anterior kWh	Multiplo	Consumo
Energía Activa	1236	1209	1	27

Medidor: 667713861S

CALIDAD DEL SERVICIO
Grupo: 32
Vr. a Compensar: 0
Circuito: 277
Horas a compensar: .00
Eventos a compensar: .00
Consumo estimado a compensar: .00
Cargo de distribucion: 442.40
Porcentaje descuento cargo distribución: 18
Transformador SSPD: 04238

Mes Indicadores	Duración	Frecuencia
Generación (DAG-FEQ)	212.23	102.00
Mensual (DUM-FEM)	13	1.00
Acumulado (DEI-FEI)	21.49	9.00

OPERADOR DE RED ENERGÍA
Operador: Celsia Colombia S.A E.S.P Dirección: Cl 15 Nº 20B-30 Autopista Cali - Yumbo Tel. Daños: 018000112115
Nivel de tensión: 1 Propiedad transformador: Empresa Red: Aerea Nodo: LP81140 Transformador: 04238
NIU: 171601

CONCEPTOS A PAGAR DE OTRAS ENTIDADES DIFERENTES A CELSIA

ASEO Servicio prestado por:
NIT:
Uso aseo:
Periodo facturado:
Subsidio/Contribución:
Ultimo pago:
Valor financiado: Cuotas pendientes:
Frecuencia corte (mes): Frecuencia poda año:
Frecuencia lavado:
Frecuencia (veces/semana):
Aprovechable: No aprovechable:
Barrido: Alorro mes:
Unidades independientes:
Barrido y limpieza: Limpieza urbanos:
Generadores: Ordinarios:
Mes 1: Mes 2: Mes 3:
Mes 4: Mes 5: Mes 6:
Toneladas aprovechables (Ton. A)
Mes 1: Mes 2: Mes 3:
Toneladas no aprovechables (Ton. A)
Mes 1: Mes 2: Mes 3:
TBL: TRT: TLU: TTL: TC:

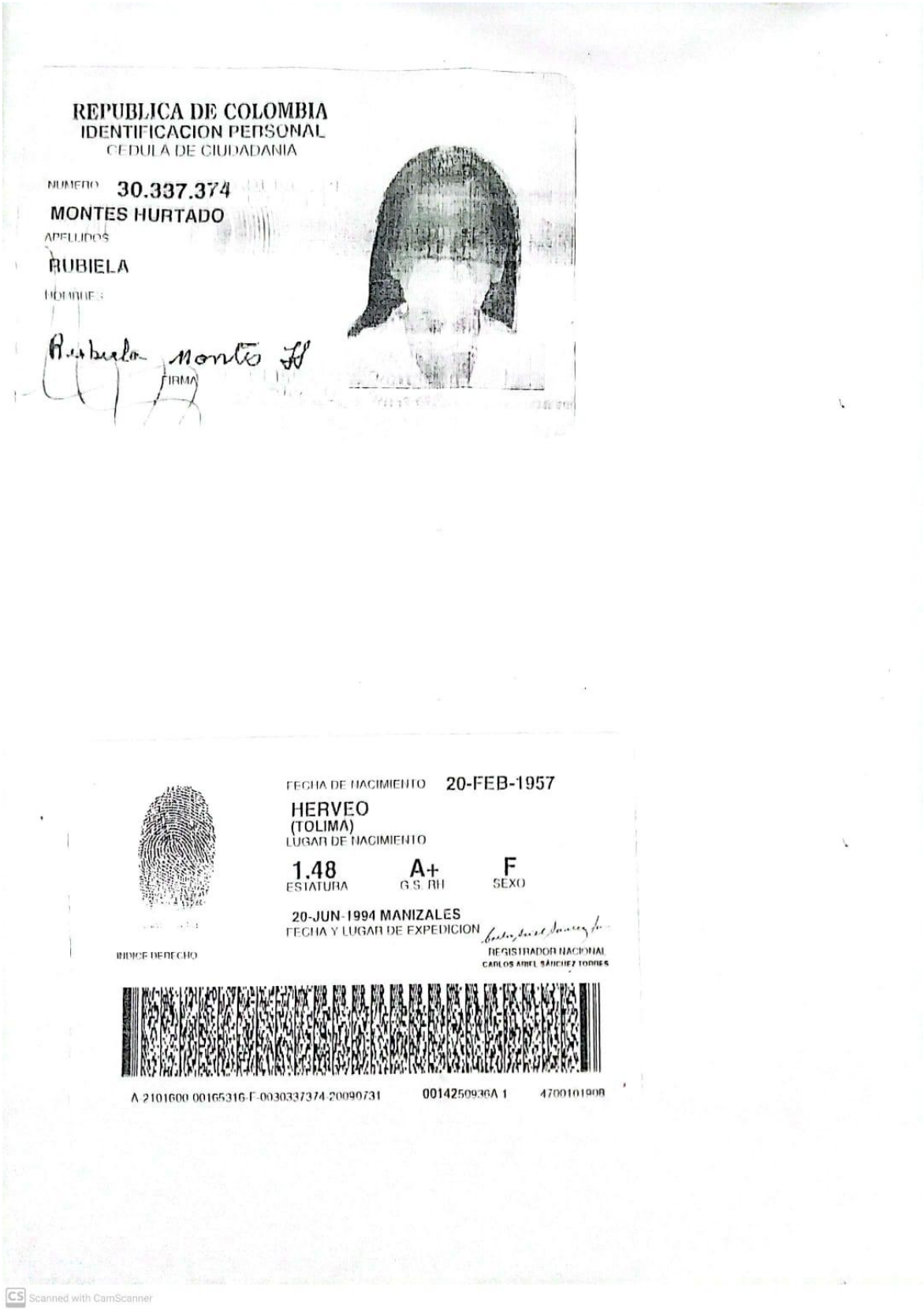
CONCEPTO ASEO	VALOR

IMPUESTO ALUMBR. PÚBLICO Servicio prestado por: ALCALDIA HERVEO
Nombre de cliente: YOLANDA
Codigo cliente: 171601
Factura electrónica de venta: CCTT3177409
Facturas atrasadas: 0
Saldo anterior $0
Vr. alumbrado publico: $2,263
Pagar antes de: 2025/02/26
Acuerdo del concejo Municipal
038 del 29 de Jun 2020
Oficina de atención al ciudadano:
calle 4ª Nº 5-31
Tel: 2539068

CONCEPTO AP	VALOR
Impuesto A. Publico	$2,263
	Subtotal: $2,263

TOTAL OTRAS ENTIDADES
$2,263





REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30.337.374
MONTES HURTADO
APELLIDOS
RUBIELA
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1957
HERVEO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-JUN-1994 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A 2101600 00165316-F-0030337374-20090731 0014250936A 1 4700101908

Scanned with CamScanner