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 AUTORIZACIÓN 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 trámites 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, pérdida, 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: 15 DE ABRIL DE 2025

CENTRO DE FORMACIÓN: CENTRO DE LA INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN
REGIONAL: 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:	**X**
Apoyo de alimentación:	
Centros de Convivencia:	
Medios tecnológicos – plan de datos:	

1. DATOS DEL APRENDIZ ASPIRANTE AL APOYO SOCIOECONÓMICO

Nombres y Apellidos	LUZ AYDA CEBALLO CIRO								
Tipo de Documento:	CC	X	TI		CE		OTRA	_____	
Número de Documento:	28766333					Lugar de expedición: HERVEO TOLIMA			
Género:	F	X	M		No Binario		Edad:	42	
Grupo y Nivel de SISBEN:	Grupo:	A: __ B: X__ C: __ D: __					N°:	3	
Departamento de Residencia:	TOLIMA				Municipio de residencia:		HERVEO		
Dirección:	VEREDA LA ESPERANZA								
Número de Contacto:	319 2876335			Correo	a.aceballos2014@gmail.com				
Nombre de persona de Contacto	Natalia perez			Teléfono de contacto	3218625852				

2. DATOS DE FORMACIÓN:

Programa de Formación:	**Elaboración de prendas de vestir sobre medida**					
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:	Tolima	Municipio:		
Dirección:				
Numero de Contacto:		Correo:		
Parentesco:				

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

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

5. SERVICIO MÉDICO DEL APRENDIZ

Tipo de Régimen:	Contributivo: __ Subsidiado: __X	EPS:	NUEVAEPS
Tipo de Vinculación:	Cotizante: __ Beneficiario: ___ Cabeza de Familia: __X		

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

RESPONDA	**SI**	**NO**
1. Está 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: Luz AYDA Ceballos Ciro

Nombre y apellidos: LUZ AYDA CEBALLOS CIRO

Documento de identificación: 28766333

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR DEL APRENDIZ

_____

Nombre y apellidos: _____

Documento de identificación: _____

DECLARACIÓN JURAMENTADA

En la ciudad/municipio de HERVEO TOLIMA , siendo el día 15 , del mes de ABRIL del año 2025. Yo LUZ AYDA CEBALLOS CIRO , identificada(o) con CC Número 28766333, 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:

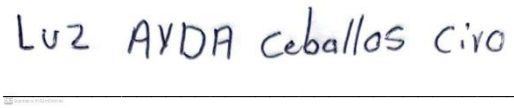
PRIMERO: Me llamo como lo indico en el presente documento y mi número de identificación corresponde al acá consignado. **SEGUNDO:** De manera libre y espontánea y de acuerdo con la verdad, rindo la presente declaración **TERCERO:** Que la declaración aquí rendida versa sobre hechos del cual doy plena 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	X
Aprendiz madre o padre cabeza de familia	X
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:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 28766333
TELEFONO CELULAR: 319 2876335

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR: (En caso de ser menor de edad el aprendiz)
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
TELEFONO CELULAR:

