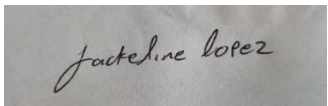


Yo, Jackeline Lopez Uribe							
Con documento de identidad: (marcar con una X)	Tarjeta de Identidad		Cédula de Ciudadanía	X	Cédula de Extranjería		No. Documento de Identidad: 1.004.794.770
	Otro		Cual				
Matriculado en el programa de formación: TECNICO EN EJECUCIÓN DE PROGRAMAS DEPORTIVOS							
Ficha de Caracterización No.	Del Centro de Formación: Centro de Comercio y Servicios – Regional Risaralda						

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: 	No. Documento de Identidad: 1.004.794.770
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:
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:	DIA: 23
MES: 04	AÑO: 2026

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.



PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO “MI COMPROMISO COMO APRENDIZ SENA”





PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO “MI COMPROMISO COMO APRENDIZ SENA”

Asmet Salud EPS SAS
Nit: 900935126-7
Sede Nacional / Sector la Estancia
Cra. 4 # 18N - 46 ☎ 8312000



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

(No válido para traslado de EPS, uso de servicios médicos, ni para pago de prestaciones económicas)

Asmet salud EPS SAS se permite informar que a la fecha, el (la) afiliado(a) **JACKELINE LOPEZ URIBE** identificado(a) con **CC 1004794770** se encuentra vinculado(a) al Sistema General de Seguridad Social en Salud por intermedio de Asmet Salud EPS SAS con la siguiente información:

Régimen de afiliación actual: Subsidiado
Nivel de sisbén: 1
Departamento: Risaralda
Municipio: Santuario
Zona: Urbana
Estado actual: **ACTIVO**

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en la línea gratuita: 01 8000 913 876 o en el chat virtual de nuestra página WEB www.asmet salud.org.co.

Se firma y se expide en la ciudad de Popayán a los **22 días del mes de Abril de 2026**, a solicitud del interesado.

Cordialmente,

Operaciones Nacional
ASMET SALUD EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

Reporte No: 711988
Fecha de generación: 22/04/2026
Hora de generación: 11:47 am
Usuario: bibiana.ospina



www.asmet salud.org.co

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO
018000913876



/asmet saludeps



@AsmetSalud



/asmet saludeps