

PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO "MI COMPROMISO COMO APRENDIZ SENA"

Yo, **Jeimmy Alejandra Upegui Henao**

Con documento de identidad: (marcar con una X)

Tarjeta de Identidad

☒ Cédula de Ciudadanía

☒ Cédula de Extranjería

No. Documento de Identidad: **1192 891 387**

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:

Alejandria Upegui Henao

No. Documento de Identidad:

1192 891 387

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 24

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.192.891.387**
UPEGUI HENAO

APELLIDOS
JEIMMY ALEJANDRA

NOMBRES

Alejandra Upegui H.

FIRMA

DE
IA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
SANTUARIO
(RISARALDA)

14-SEP-2001

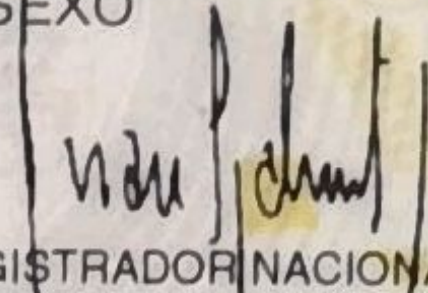
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 **A+**

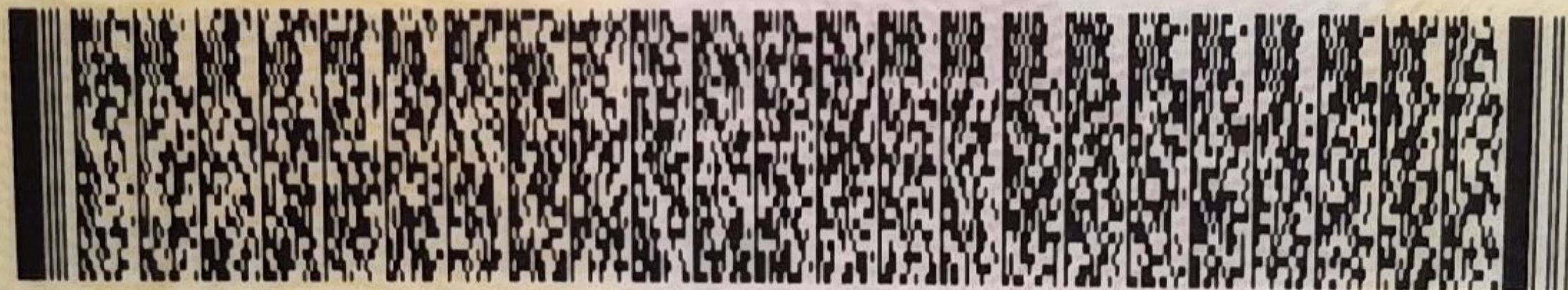
ESTATURA G.S. RH
18-SEP-2019 SANTUARIO

F

SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-2409400-01109272-F-1192891387-20191110

0068850220A 1

50975313



Registrarse

Iniciar sesión

AFILIADOS PRESTADORES EMPLEADORES ?

Prestadores

[Inicio](#) [Consultas](#) [Reportes](#) [Enlaces a servicios externos](#) [Gestión de citas](#)

Comprobación de estado de afiliado

- / Prestador: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL APIA - 660450080601 - CRA 7...
- / Identificar al afiliado : JEIMMY ALEJANDRA UPEGUI HENAO
- / ¿La validación de derechos es para toma de la muestra de COVID-19?
- 4 Información de afiliado

Nombre de afiliado	JEIMMY ALEJANDRA UPEGUI HENAO
Estado de afiliado	ACTIVO
Identificación	CC 1192891387
Municipio de atención	SANTUARIO, RISARALDA
IPS de atención	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
Estado régimen	CONTRIBUTIVO, COTIZANTE
Rango salarial	1
Exoneración Copago O	NO
Cuota Moderadora	

24/4/2026 9:43:50

Nota: En el momento de realizar la prestación del servicio, se debe además validar condiciones y diagnósticos según lo definido en: Acuerdo 260 de 2004, Circular 016 de 2014 y Resolución 2481 de 2020.