



CENTRO		REGIONAL	
<small>                     NOMBRE                      APELLIDOS                      DNI                      DUEÑO                      CATEGORÍA                 </small>	<small>                     NOMBRE                      APELLIDOS                      DNI                      DUEÑO                      CATEGORÍA                 </small>	<small>                     NOMBRE                      APELLIDOS                      DNI                      DUEÑO                      CATEGORÍA                 </small>	<small>                     NOMBRE                      APELLIDOS                      DNI                      DUEÑO                      CATEGORÍA                 </small>
Jornada a la cual pertenece: <b>DIURNA</b>		<b>MIXTA</b>	
		<b>NOCTURNA</b>	
		<b>24Horas</b>	
		<b>Fin de Semana</b>	
Modalidad de formación:			
Nombre completo:			
Tipo de document: T.I		C.C. Número de documento	
Nivel de formación: Técnico		Tecnólogo	
		No de Ficha	
Nombre del programa:			
Email		Email MiSena	
		@misena.edu.co	

He leído y entendido el Acuerdo 00002 del 2014 y que cumplo las siguientes condiciones para postularme como Representante de aprendices de mi jornada:

- 1

Para habilitar la compatibilidad con lectores de pantalla, presiona Ctrl+Alt+Z. Para más información sobre la combinación de teclas para acceso directo, presiona Ctrl+barra.

	22
	21
	20
	19
	18
	17
	16
	15
	14
	13
	12
	11
	10
	9

4. Tengo aptitud de responsabilidad para asumir como Representante, sin descuidar las obligaciones de mi proceso de aprendizaje
5. No presento plan de mejoramiento, condicionamiento de matrícula, ni llamados de atención escritos.
6. No presento antecedentes disciplinarios en la Policía

**Certifico con mi firma que la información aquí otorgada es real y me comprometo a asumir todas las responsabilidades como representante, en el caso de ser elegido, sin descuidar las obligaciones de mi proceso de formación.**

\_\_\_\_\_  
Firma del aspirante a Candidato a Representante de Aprendizices

\_\_\_\_\_  
Fecha Inscripción día/mes/año

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO EXCLUSIVAMENTE POR BIENESTAR AL APRENDIZ**

VERIFICACIÓN DE CONDICIONES	Vo. Bo. Bienestar   SI/NO	No. de Tarjetón
1. Presentó propuesta programática en el formato suministrado por Bienestar al Aprendiz		

Para habilitar la compatibilidad con lectores de pantalla, presiona Ctrl+Alt+Z. Para más información sobre la combinación de teclas para acceso directo, presiona Ctrl+barra.

22  
21  
20  
19  
18  
17  
16  
15  
14  
13  
12  
11  
10  
9

2. No presenta problemas académicos y/o disciplinarios, ni tiene sanciones por parte del Comité de Seguimiento y Evaluación		
3. Entregó la información a tiempo cumplimiento con el cronograma de elecciones		

Firma:

\_\_\_\_\_  
Profesional Responsable  
Nombre:

\_\_\_\_\_  
Vo.Bo. profesional de Bienestar al Aprendiz