**EL PRESENTE FORMATO NO SE ENCUENTRA VIGENTE, YA QUE FUE REEMPLAZADO POR LA VERSIÓN 8:**

**DESCÁRGALO EN EL SIGUIENTE ENLACE:**

**GFPI-F-027FormatodeRegistroSocioecon…**

https://docs.google.com/document/d/1HhXJVoNqPz0YdY11jGLjZstFU6Lo6Q-D/edit?usp=sharing&ouid=116642342137817371472&rtpof=true&sd=true

## 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.

[1] No aplica para convocatorias de monitoria

**¿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 _____ 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:_____**

**CENTRO DE COMERCIO - REGIONAL ANTIOQUIA**

**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: ☐

Centros de Convivencia: ☐

Medios tecnológicos – Plan de Datos: ☐

## 1. DATOS DEL APRENDIZ ASPIRANTE AL APOYO SOCIOECONÓMICO

Nombres_____Apellidos_____

Tipo de documento T.I.__C.C.: __ C.E.: ___ N° _____de: _____

Género: F ___ M ____ Edad: _____ Nivel de SISBEN grupo: _____ N° _____

Departamento de residencia: _____ Municipio de residencia: _____

Dirección:_____

Celular: _____ Teléfono fijo: _____

Correo electrónico_____

Nombre de persona de Contacto _____
Teléfono de contacto _____

**2. DATOS DE FORMACIÓN:**

Programa de Formación:
_____

No. de Ficha: _____

Tipo de Formación: Presencial _____ Virtual _____ A Distancia _____

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

Nombres y Apellidos: _____C.C _____
C.E_____ N°_____ de _____

Departamento: _____ Municipio: _____

Dirección: _____

Celular:_____ Teléfono fijo: _____

Correo electrónico: _____

Parentesco: _____

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

Ubicación de la vivienda: Rural _____ urbana _____

Estrato (Ingrese número): _____

**5. SERVICIO MÉDICO DEL APRENDIZ**

a. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:

EPS: ____ Cuál: _____ Tipo Vinculación: Cotizante: ____ Beneficiario: ___

b. RÉGIMEN SUBSIDIADO:

IPS: ____ Cuál: _____ Tipo Vinculación: Cabeza de Familia: ____ Beneficiario:

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

| **RESPONDA** | **SI** | **NO** |
|---|---|---|
| 1. Está referenciado o es beneficiario del Programa Jóvenes en Acción | | |
| 2.Tiene una alternativa de etapa productiva que le representan ingresos económicos. | | |
| 3. Actualmente tiene contrato de aprendizaje. | | |
| 4.Ha sido beneficiario de apoyos de sostenimiento en otro programa de formación FIC. | | |
| 5.Ha sido beneficiario de apoyos de sostenimiento REGULAR en otro programa de formación. | | |
| 6.Tiene vínculo laboral que le represente ingresos económicos. | | |
| 7. Tiene patrocinio o prácticas laborales que le represente ingresos económicos. | | |
| 8.Tiene apoyo de alimentación temporal o de ración alimentaria entregado por el SENA. | | |
| 9. Es beneficiario de apoyo de transporte o plan de datos otorgados por el SENA. | | |

**7. CONDICIONES DEL APRENDIZ**

| **RESPONDA** | **SI** | **NO** |
|---|---|---|
| 1. Aprendiz víctima del conflicto armado Ley 1448 de 2011- Decreto 4800 de 2011. | | |
| 2. ¿Se reconoce como mujer víctima de violencia género? | | |
| 3. ¿Se reconoce como aprendiz en situación de discapacidad? | | |
| • Discapacidad auditiva – usuario del castellano | | |
| • Discapacidad auditiva- usuario de lenguas de señas colombiana | | |

| RESPONDA | SI | NO |
|---|---|---|
| • Discapacidad visual – baja visión irreversible | | |
| • Discapacidad visual – ceguera | | |
| • Discapacidad intelectual | | |
| • Discapacidad mental/ psicosocial | | |
| • Trastorno del espectro autista | | |
| • Trastorno del espectro autista - asperger | | |
| • Discapacidad sistémica | | |
| • Discapacidad física – movilidad | | |
| • Sordo ceguera | | |
| • Trastorno permanente de la voz y el habla | | |
| • Otro : _____ | | |
| 4. ¿Se reconoce como madre cabeza de familia o aprendiz padre cabeza familia? | | |
| 5. ¿Es mujer embarazada o en periodo de lactancia hasta seis (6) meses? | | |
| 6. ¿Es aprendiz mujer víctima de violencia género? | | |
| 7. ¿Se reconoce como aprendiz perteneciente a comunidades NARP (Negritudes, Afrocolombianos, Raizales, Palanqueros), Pueblo ROM, ¿Población Indígena? | | |
| 8. ¿Se reconoce como Aprendiz en situación de desplazamiento por fenómenos naturales ocurridos en los últimos dos (2) años? | | |
| 9. ¿Es aprendiz representante o vocero elegido según normatividad institucional? | | |
| 10. ¿Conoce las obligaciones que adquiere como aprendiz si es beneficiario del apoyo socioeconómico al que se está postulando? | | |
| 11. ¿Es aprendiz que vive en un municipio diferente al centro de formación? | | |
| 12. ¿Es aprendiz que participa en Semillero de Investigación o WorldSkills o SENAsoft o proyecto de producción del Centro? | | |
| 13. ¿Es aprendiz ha tenido un cupo en el internado en la vigencia anterior? | | |
| 14. ¿Tiene certificado de nivel tecnólogo o título profesional? | | |

| RESPONDA | SI | NO |
|---|---|---|
| 15. ¿Adjunta información declaración juramentada? | | |

**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** _____

**Documento identificación:** _____

**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR DEL APRENDIZ**

_____

**Documento identificación:** _____

**DECLARACIÓN JURAMENTADA**

En la ciudad/municipio de _____, siendo el día _____, del mes de _____ del año _____. Yo_____, identificada(o) con _____Número _____, 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 aportarlo 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 seis (6) meses | |
| Aprendiz que vive en área rural | |
| Aprendiz que vive en un municipio diferente al centro de formación | |
| Aprendiz madre cabeza de familia o aprendiz padre cabeza familia | |
| Aprendiz en situación de discapacidad | |
| Aprendiz mujer víctima de violencia género | |

**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. **SÉPTIMO:** Todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto suscribo este documento.

_____

**FIRMA APRENDIZ BENEFICIARIO:**
**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**
**TELÉFONO CELULAR:**

_____

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

## Instrucciones para el diligenciamiento del formato

### Generalidades

- ✔ Quién(es) lo diligencian:  Los aprendices interesados en postularse a las convocatorias de apoyos socioeconómicos en los casos que aplique el representante legal o tutor, quienes deben diligenciar el presente formato de manera veraz, responsable y firmar la solicitud adjuntando los documentos requeridos.
- ✔ Cuando se diligencia: El formulario se diligencia al momento de hacer la inscripción en la convocatoria de apoyo socioeconómico de interés del aprendiz.
- ✔ Frecuencia de diligenciamiento: Cuando se presente como aspirante a recibir apoyo socioeconómico.
- ✔ Qué trámite surte el formato una vez es diligenciado: El formato una vez sea diligenciado debe ser entregado por el aprendiz al centro de formación, quienes validan la información y el cumplimiento de requisitos por parte del aprendiz para dar continuidad del proceso de adjudicación de apoyos socio económicos. Posteriormente, el equipo de apoyos socioeconómicos del centro de formación lo archiva en sus respectivos expedientes.
- ✔ Si se requiere imprimir (en lo posible no): Se debe imprimir en caso de que se trate de un documento que haga parte de un expediente del área, salvo que se gestione como un documento electrónico en los sistemas de información adecuados que cumplan los requisitos de documento electrónico y permita la conformación de los expedientes electrónicos o híbridos.
- ✔ Quién lo guarda: Este documento debe ser conservado en el centro de formación por el equipo responsable de gestionar la convocatoria de apoyo socioeconómico a la que se presentó el aprendiz

### Instrucciones para diligenciar las casillas o campos del formato

| Nombre de la casilla o campo a diligenciar | Instrucción |
|---|---|
| Apoyo socioeconómico para el que se postula: | Diligencie con una “X” el tipo de apoyo socioeconómico al que se va a postular |
| Datos de aprendiz | Diligencie de forma clara la información asociada al aprendiz |
| Vivienda | Diligencie con una “X” el tipo de vivienda en la cual usted actualmente reside |

| Nombre de la casilla o campo a diligenciar | Instrucción |
|---|---|
| Salud | Diligencie el servicio médico con el que cuenta actualmente. |
| Datos de Formación | Diligencie información conforme al avance de su proceso |
| Información socioeconómica | Diligencie con una “X” de acuerdo con la información solicitada. |
| Condiciones del aprendiz | Diligencie con una “X” de acuerdo con la información solicitada. |
| Declaración juramentada | Diligencie la información solicitada |
| Firma del Aprendiz y cuando se requiera del representante legal o tutor | Firmar el documento que da prueba de veracidad de la información consolidada<br>Para el caso de los menores de edad o cuando se requiera este documento también debe estar firmado por el representante legal o tutor |