



| | | |
|--|--|--|
| PROCESO | | |
| GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL | | |
| NOMBRE DEL FORMATO | | |
| FORMATO DE REGISTRO SOCIOECONÓMICO | | |
| CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN | | |
| Pública <input type="checkbox"/> | Pública Clasificada <input type="checkbox"/> | Pública Reservada <input type="checkbox"/> |

Diciembre 2025



Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol

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 de 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 |
| 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 | <p>Firmar el documento que da prueba de veracidad de la información consolidada</p> <p>Para el caso de los menores de edad o cuando se requiera este documento también debe estar firmado por el representante legal o tutor</p> |

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 AUTORIZACION 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 tramites 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: Febrero 11 de 2026

CENTRO DEFORMACIÓN: Centro Agroturístico

REGIONAL: Santander



APOYOSOCIOECONÓMICO PARA EL QUE SE POSTULA: (señale con una X)

| | |
|--------------------------------------|----------|
| Apoyo de sostenimiento FIC: | |
| Apoyo de sostenimiento regular: | x |
| Apoyos de transporte: | |
| Apoyo de alimentación: | |
| Centros de Convivencia: | |
| Medios tecnológicos – plan de datos: | |

1. DATOS DEL APRENDIZ ASPIRANTE AL APOYO SOCIOECONÓMICO

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|--|----|--------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------|----------------|
| Nombres y Apellidos | Yadira Caballero Flórez | | | | | | | |
| Tipo de Documento: | CC | <input checked="" type="checkbox"/> | TI | <input type="checkbox"/> | CE | <input type="checkbox"/> | OTRA | _____ |
| Número de Documento: | <u>1090373033</u> | | | | Lugar de expedición: <u>Cúcuta</u> | | | |
| Género: | F | <input checked="" type="checkbox"/> | M | <input type="checkbox"/> | No Binario | <input type="checkbox"/> | Edad: | <u>39 años</u> |
| Grupo y Nivel de SISBEN: | Grupo: | A: <input checked="" type="checkbox"/> B: <input type="checkbox"/> C: <input type="checkbox"/> D: <input type="checkbox"/> | | | | N°: | 3 | |
| Departamento de Residencia: | Santander | | | | Municipio de residencia: | Socorro | | |
| Dirección: | Carrera 7 # 14-29 Barrio El Convento | | | | | | | |
| Número de Contacto: | 3219363438 | | | | Correo | yadiracaballero033@gmail.com | | |
| Nombre de persona de Contacto | Kevin Arley Caballero Flórez | | | | Teléfono de contacto | 3204642325 | | |

2. DATOS DE FORMACIÓN:

| | | | | | |
|-------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------|--------------------------|-------------|
| Programa de Formación: | Técnico en recursos humanos | | | | |
| No. de Grupo: | 3376284 | | | | |
| Modalidad de Formación: | Presencial | <input checked="" type="checkbox"/> | Virtual | <input type="checkbox"/> | 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?: _____ Nº: _____ de _____ | | |
| Departamento: | | Municipio: | |
| Dirección: | | | |
| Numero de Contacto: | | Correo: | |
| Parentesco: | | | |

4. VIVIENDA (marque con una X)

Ubicación de la vivienda: Rural _____ urbana ☒ Estrato (Ingrese número): 2

5. SERVICIO MÉDICO DEL APRENDIZ

| | | | |
|----------------------|---|------|-----------|
| Tipo de Régimen: | Contributivo: ____ Subsidiado: <input checked="" type="checkbox"/> | EPS: | Nueva EPS |
| Tipo de Vinculación: | Cotizante: ____ Beneficiario: ____ Cabeza de Familia: <input checked="" type="checkbox"/> | | |

6. INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA (Marque con una X)

| RESPONDA | SI | NO |
|---|----|-------------------------------------|
| 1. Está referenciado o es beneficiario del Programa Renta Joven | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Actualmente tiene contrato de aprendizaje. | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Ha sido beneficiario de apoyos de sostenimiento FIC en otro programa de formación. | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Ha sido beneficiario de apoyos de sostenimiento REGULAR en otro programa de formación. | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Tiene vínculo laboral o contrato de prestación de servicios que le represente ingresos económicos. | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Tiene patrocinio o prácticas laborales que le represente ingresos económicos. | | <input checked="" type="checkbox"/> |



| | | |
|--|--|---|
| 7. Tiene apoyo de alimentación temporal o de ración alimentaria entregado por el SENA. | | x |
| 8. Es beneficiario de apoyo de transporte otorgado por el SENA. | | x |
| 9. Es beneficiario de 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: *Yadira Caballero*

Nombre y apellidos: Yadira Caballero Flórez

Documento de identificación: 1090373033

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR DEL APRENDIZ

Nombre y apellidos: _____

Documento de 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 un (1) año después del parto y por razones de lactancia. | |
| Aprendiz Campesino | |
| Aprendiz que vive en área rural | |
| Aprendiz madre o padre cabeza de familia | |
| 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: Cumpló 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:

TELEFONO CELULAR:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR: (En caso de ser menor de edad el aprendiz)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

TELEFONO CELULAR: