



PROCESO			
GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL			
NOMBRE DEL FORMATO			
FORMATO DE REGISTRO SOCIOECONÓMICO			
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN			
Pública	<input checked="" 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 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	Firmar el documento que da prueba de veracidad de la información consolidada Para el caso de los menores de edad o cuando se requiera este documento también debe estar firmado por el representante legal o tutor



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 **Apojos 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 8º 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: 16 DE FEBRERO DE 2026

CENTRO DE FORMACIÓN: COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL PECUARIO Y TURISTICO.

REGIONAL: ANTIOQUIA.



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

Apoyo de sostenimiento FIC:	
Apoyo de sostenimiento regular:	<input checked="" type="checkbox"/>
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	A							
Tipo de Documento:	CC		TI	X	CE		OTRA	_____
Número de Documento:	1044530571				Lugar de expedición: El Santuario Ant			
Género:	F	X	M		No Binario		Edad:	17 AÑOS
Grupo y Nivel de SISBEN:	Grupo:	A: <input type="checkbox"/> B: <input checked="" type="checkbox"/> C: <input type="checkbox"/> D: <input type="checkbox"/>				Nº:	7	
Departamento de Residencia:	Antioquia				Municipio de residencia:		El Santuario	
Dirección:	Vereda: El Salto							
Número de Contacto:	320781073			Correo		beatriz.giraldo546@gmail.com		
Nombre de persona de Contacto	Beatriz Giraldo			Teléfono de contacto		3207810733		

2. DATOS DE FORMACIÓN:

Programa de Formación:	TECNOLOGO EN DESARROLLO MULTIMEDIA Y WEB						
No. de Grupo:	3388749						
Modalidad de Formación:	Presencial		Virtual	<input checked="" type="checkbox"/>	A Distancia		



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

Nombres y Apellidos:	Beatriz Elena Giraldo Gomez		
Tipo y Número de Documento:	CC: <input checked="" type="checkbox"/> CE: <input type="checkbox"/> OTRA: <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____ Nº: _____ 43785473 _____ de El Santuario		
Departamento:	Antioquia	Municipio:	Santuario
Dirección:	Vereda El salto		
Numero de Contacto:	3207810733	Correo:	beatriz.giraldo546@gmail.com
Parentesco:	Mama		

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: <input type="checkbox"/>	Subsidiado: <input checked="" type="checkbox"/>	EPS: <input type="checkbox"/>	Savia Salud <input type="checkbox"/>
Tipo de Vinculación:	Cotizante: <input type="checkbox"/> Beneficiario: <input checked="" type="checkbox"/> Cabeza de Familia: <input type="checkbox"/>			

6. INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA (Marque con una X)

RESPONDA	SI	NO
1. Está referenciado o es beneficiario del Programa Renta Joven		X
2. Actualmente tiene contrato de aprendizaje.		X
3. Ha sido beneficiario de apoyos de sostenimiento FIC en otro programa de formación.		X
4. Ha sido beneficiario de apoyos de sostenimiento REGULAR en otro programa de formación.		X
5. Tiene vínculo laboral o contrato de prestación de servicios que le represente ingresos económicos.		X



6.Tiene patrocinio o prácticas laborales que le represente ingresos económicos.		X
7.Tiene apoyo de alimentación temporal o de ración alimentaria entregado por el SENA.		X
8. Es beneficiario del apoyo de transporte otorgado por el SENA.		X
9. Es beneficiario del 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, Palenqueros), 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

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Karen Sofia Salazar Giraldo".

FIRMA DEL APRENDIZ:

Nombre y apellidos: Karen Sofia Salazar Giraldo

Documento de identificación: 1044530571

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR DEL APRENDIZ

Beatriz G
Beatriz Elena
Giraldo Gomez
CC 43785473

Nombre y apellidos:

Documento de identificación:



DECLARACIÓN JURAMENTADA

En el municipio de Santuario Antioquia , siendo el día 16, del mes de febrero del año 2026. Yo BEATRIZ ELENA GIRALDO GOMES , identificada(o) con cedula de ciudadania Número 43785473, en **mi calidad de representante legal de la menor KARE SOFIA SALAZAR GIRALDO** tarjeta de identidad 1044530571 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 aportar 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	x
Aprendiz que vive en área rural	x
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: Cumplio 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.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Beatriz G.", is placed over a horizontal line.

FIRMA APRENDIZ BENEFICIARIO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1044530571

TELÉFONO CELULAR: 3207810733

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Beatriz G.", is placed over a horizontal line.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 43785473

TELÉFONO CELULAR: 3207810733



GESTIÓN ORGANIZACIONAL Y DEL RIESGO		
NOMBRE DEL FORMATO		
PLANTILLA DOCUMENTOS Y FORMATOS EN WORD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública	Pública Clasificada	Pública Reservada

Apartado, 19 de diciembre de 2025

Señores
Gestión de Apoyos Socioeconómicos
Bienestar al Aprendiz.
Complejo Tecnológico Agroindustrial Pecuario y Turístico.

Asunto: Constancia de validación de rendimiento académico para aprendices inscritos en
la I Convocatoria Apoyos de Sostenimiento Regular 2026

Cordial saludo:

En mi calidad de Instructor líder del Tecnólogo en Coordinador de procesos logísticos, con No. de Ficha 3118348 certifico que la aprendiz Lina Marcela Capote, identificada con C.C. No. 1061750978 de Popayán- Cauca, quien se encuentra matriculado en dicho programa, no presenta medidas formativas, ni condicionamiento de matrícula, ni faltas académicas, ni disciplinarias, por lo tanto, cumple con los requisitos y las competencias académicas y actitudinales de su proceso de formación, exigidos para aplicar al Apoyo de Sostenimiento Regular 2026.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'MARIA PAOLA GIRALDO HERRERA'.

Nombre Instructor Gestor año 2025
MARIA PAOLA GIRALDO HERRERA

GOR-F-012 V03



FECHA DE NACIMIENTO **22-ABR-2008**

**SANTUARIO
(ANTIOQUIA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

22-ABR-2026

FECHA DE VENCIMIENTO

B-

G S RH

F

SEXO

09-JUN-2015 SANTUARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0125600-00745738-F-1044530571-20150911

0046394718A 1

44315278

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.044.530.571**

SALAZAR GIRALDO

APELLIDOS

KAREN SOFIA

NOMBRES

Karen Sofia

FIRMA





Registro válido

18/02/2026

Fecha de consulta:

Ficha:

05697018565900000315

B7

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: KAREN SOFIA

Apellidos: SALAZAR GIRALDO

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1044530571

Municipio: El Santuario

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

19/11/2020

Última actualización ciudadano:

19/11/2020

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

A1→A5

Pobreza extrema

B1→B7

Pobreza moderada

C1→C18

Vulnerabilidad

D1→D21

Ni pobre ni vulnerable

OFICINAS
CERCANAS ENTÉRESE
MÁS AQUÍ

Contacto Oficina SISBEN



EL SANTUARIO

Desarrollo con Equidad

El Santuario, 22 de abril de 2013

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio de la presente remito a ustedes Certificado de Desplazamiento Forzado del Señor VICTOR ALONSO SALAZAR ARISTIZABAL y su núcleo familiar verificado en la base de datos SIPOD.

CÓDIGO DECLARACIÓN	NOMBRES	APELLIDOS	EDA D	PROFESIÓN	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO	VER PERSONA
31227	VICTOR ALONSO	SALAZAR ARISTIZABAL	46	NO RESPONDE	CÉDULA DE CIUDADANÍA	70692576	...

Detalle de la Declaración
(Ocultar Detalles...)

CÓDIGO DECLARACIÓN	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO	ESTADO VALORACION	FECHA VALORACION	VER PERSONA
31227	BEATRIZ ELENA	GIRALDO GOMEZ	CÉDULA DE CIUDADANÍA	43785473	INCLUIDO	18/10/2007	...
31227	VICTOR ALONSO L	SALAZAR ARISTIZABA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	70692596	INCLUIDO	18/10/2007	...
31227	WALTER ANDRE S	SALAZAR GIRALDO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	104502080	INCLUIDO	18/10/2007	...
31227	ELKIN ADRIAN	SALAZAR GIRALDO	NO INFORMA		INCLUIDO	18/10/2007	...
31227	KAREN SOFIA	SALAZAR GIRALDO	REGISTRO CIVIL	104453057	INCLUIDO	18/10/2007	...

Cordialmente,

Maria Carolina Hoyos Giraldo
Enlace de Víctimas del Municipio de El Santuario

Calle 50. N° 49-71 / Plaza Mayor José María Córdova
Línea de atención al ciudadano: +57 (4) 546 00 80







CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Código Verificación: 4236787

ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.

CERTIFICA QUE:

KAREN SOFIA SALAZAR GIRALDO, identificado con Tarjeta Identidad 1044530571 aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

Tipo y N° de Identificación:	Tarjeta Identidad 1044530571
Nombres y apellidos:	KAREN SOFIA SALAZAR GIRALDO
Nivel de Sisbén:	No Aplica
Grupo Sisbén:	
Fecha de afiliación:	2012-04-01
Ciudad:	EL SANTUARIO
Régimen:	SUBSIDIADO
IBC:	NO APLICA
Estado de afiliación:	Activo
Modelo de liquidación:	CAPITA
Fecha de retiro:	
Semanas de afiliación:	724

El presente documento fue generado el 2026-02-18 11:54:13, valido por 15 días a partir de la fecha de generación, sin embargo, el estado de afiliación puede cambiar de acuerdo con la normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

Grupo Familiar del afiliado

Tipo Documento	Número Documento	Nombres	Apellidos	Fecha de Nacimiento	Parentesco Cotizante	Estado Afiliado	Régimen

VIGILADO
Supersalud

JEFATURA DE ASEGURAMIENTO DE OPERACIONES
SAVIA SALUD EPS

www.saviasaludeps.com



**epm®****\$68.184**

Valor total a pagar

Documento Equivalente Electrónico SPD
N° DEE41118893**Pagar hasta el**
24-mar-2026**Contrato 6921660**Referente de pago: 1120834687-57
Documento No: 149 3236549El pago después de esta
fecha generará intereses de
moraCliente: Berta Libia Aristizabal
CC/NIT: 285572Dirección de cobro: BODEGAS
El Santuario - Antioquia Estrato: 2 Ciclo: 103
190698200029160000-103-010381013

PARA USO INTERNO DE EPM

Resumen de facturación febrero de 2026

▲ Incrementó ▼ Disminuyó ► Igual

Consumos

Valor a pagar

Vigilado
Supervisados

Energía



131 kwh



\$ 66.086,82

Otras entidades

\$ 2.097,08

Ajuste al peso

\$ 0,10

Total a pagar
Contrato 6921660**\$68.184**

Fecha de generación 04/02/2026 07:07:20

Fecha de validación 04/02/2026 07:07:20



(415)7707173981008(8020)112083468757(3900)068184(96)20260324

4744

2055

2/2

