



**FICHA SOCIO-ECONÓMICA**  
INFORMACIÓN PARA APLICACIÓN DE BECA

**1. Datos de identificación del estudiante:**

Apellidos y Nombres del estudiante:

Grado / Curso:  EGB:  BGU:  Paralelo:  Tutor:

Lugar y fecha de nacimiento:  N° cédula:

Grupo étnico: Negro:  Blanco:  Mestizo:  Indígena:  Afrodescendiente:

Dirección domiciliaria: calle principal  N.º

Calle secundaria:  Sector:

Telf. Convencional:  Celular:  Email:

Representante legal:  N° cédula:  Parentesco:

Telf. Convencional:  Celular:  Email:

**2. Grupo Familiar** (detallar todos los integrantes del grupo familiar)

Apellidos / Nombres	Cédula	Parentesco	Estado civil	Edad	Instrucción Profesión Ocupación	Lugar de trabajo	Teléfono	Ingresos

Situación económica general: Muy buena:  Buena:  Regular:  Mala:

**2.1. Situación de salud del Grupo Familiar:**

¿Existe algún problema de salud grave en el grupo familiar? SÍ  NO

PROBLEMA	PERSONA QUE LO PADECE

### 3. PADRES

Casados:  Unión de hecho:  Juntos:  Separados:  Divorciados:  Fallecidos:

En caso de fallecimiento, especificar nombre y parentesco: .....

En caso de encontrarse fuera del país: especificar nombre y parentesco: .....

El/la estudiante vive con:

Padre / Madre:  Madre:  Padre:  Otros:  Nombres y parentesco:

### 4. CONDICIONES DE VIVIENDA

Propia:  Arrendada:  Prestada:  Anticresis:  Con préstamo:   
Compartida:  Departamento:  Cuarto:  Casa:

Tipo de construcción: Caña:  Madera:  Cemento:  Mixta:

Nº de piezas: Dormitorios:  Baños:  Sala:  Cocina:  Patio:  Garaje:

Servicios básicos: Luz eléctrica:  Agua potable:  SSHH:  Pozo séptico:  Teléfono:   
Cable:  Celular:  Computador:  Internet:

### 5. DATOS DE ESCOLARIDAD DEL ESTUDIANTE

En el caso de haber repetido un grado o curso, indique el año:

Motivo:

### 6. CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Tiene algún tipo de Enfermedad: NO  SÍ  ¿Cuál?

Tiene alergias: NO  SÍ  ¿Cuál?

Recibe tratamientos médicos: NO  SÍ  ¿Cuál y dónde?

Medicamentos que utiliza:

Discapacidad: NO  SÍ  ¿Cuál?

Nº Carnet CONADIS:  Tipo de Sangre:

### 7. DATOS ECONÓMICOS

¿Quién cubre los gastos del/la estudiante?

Padre y madre:  Solo padre:  Solo madre:  Cónyuge:  Otros:  ¿Cuáles?

#### 7.1. PROPIEDADES INMOBILIARIAS Y VARIOS (no incluir la vivienda que utiliza el grupo familiar)

N.º de propiedades extras:  → Valor económico total: \$

N.º de vehículos familiares:  → Valor económico total: \$

## 7.2. RESUMEN DE GASTOS MENSUALES DEL GRUPO FAMILIAR

GASTOS MENSUALES	VALOR
<b>VIVIENDA</b> (arriendo, cuota préstamo hipotecario).	\$
<b>ALIMENTACIÓN</b> (compras de mercado, supermercado, colaciones, refrigerios, comidas afuera, viandas).	\$
<b>EDUCACIÓN</b> de los miembros del grupo familiar (pensiones de guardería, primaria, secundaria, universidades, uniformes, útiles, libros, copias).	\$
<b>TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN</b> (buses, taxis, combustible, mantenimiento de vehículo, etc.)	\$
<b>SALUD</b> (medicina diaria, pago de asilos, servicio de enfermeras privadas, seguro médico, útiles de aseo).	\$
<b>PAGO DE SERVICIOS</b> (agua, energía eléctrica, teléfono, internet, TV cable).	\$
<b>OTROS GASTOS</b> (préstamos, pensiones judiciales, tarjetas de crédito).	\$
<b>TOTAL GASTOS</b>	\$

Declaro bajo mi responsabilidad que la información proporcionada a la Unidad Educativa \_\_\_\_\_, corresponde a nuestra realidad socio-económica. Autorizo a la Unidad Educativa a solicitar la documentación que considere oportuna para verificar los datos que declaró en el presente documento; y soy consciente de que, en el caso de verificarse que la entrega de información es errada o alterada, todo el proceso será anulado y, la solicitud negada.

<b>Representante legal</b>	<b>Firma:</b>	
	<b>Nombre:</b>	
	<b># cédula:</b>	
	<b>Fecha:</b>	

*Espacio para uso interno de la Institución Educativa.*

	<b>Resultados</b>	<b>Observaciones:</b>
<b>Fecha:</b>		
<b>Aprobado:</b>	<b>Porcentaje Beca:</b>	
<b>No aprobado:</b>		
<b>Firma de responsabilidad</b>	<b>Firma:</b>	
	<b>Nombre:</b>	<b>Cargo:</b>