|  |
| --- |
| **VICERRECTORIA DE BIENESTAR Y PASTORAL UNIVERSITARIA****UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL****FORMULARIO DE SOLICITUD PARA BECA COMPENSATORIA**  |
| **Antes de diligenciar el formulario lea cuidadosamente, no puede tener ni tachones de enmendaduras, todos los recuadros deben estar diligenciados.** |
| **AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES** Por medio de la presente, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e inequívoca a la Universidad Católica de Manizales con NIT 890.806.477-9, en calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales, para que directamente, o a través de un tercero trate mis Datos Personales, para las finalidades generales de todos los Grupos de Interés y las específicas para Aspirantes, Estudiantes, Graduados y Familias, contenidas en la Política de Privacidad, las cuales forman parte integral de la misma y está siempre a disposición para su consulta en la página web www.ucm.edu.co. Declaro que me fue informada la facultad que tengo para autorizar el tratamiento a mis datos sensibles, entendidos estos como aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido pueda generar su discriminación. Manifiesto que soy el Titular de los datos, que los mismos son exactos, veraces y completos y que me fueron señalados mis derechos de consultar, actualizar y rectificar la información y a suprimir o revocar la autorización cuando sea procedente, a través del correo electrónico secgeneral@ucm.edu.co o directamente en las instalaciones del Responsable del Tratamiento ubicadas en Manizales en la Carrera 23 No. 60 – 63. En caso tal de suministrar datos de mis familiares, por medio de la presente, me comprometo a contar con su autorización en estos mismos términos, para que el Responsable del Tratamiento pueda Tratar sus Datos Personales. |
| **IDENTIFICACIÓN DEL ASPIRANTE:** |
| **Fecha:** | **Día** |  | **Mes** |  | **Año** |  | **Periodo Académico** | **1** |  | **2** |  | **Año** |  |
| Nombres y Apellidos |
| Lugar y Fecha de Nacimiento  |  | Día |  | Mes |  | Año |  | Edad |
| Tipo de Documento de Identidad | C.C |  | T.I |  | R.C |  | C.E |  | No Documento de Identidad  |  |
| Está afiliado a Salud  | SI |  | NO |  | Cual: |
| Programa | Semestre | Código |
| Estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tiene Hijos Sí \_\_\_ No\_\_\_Cuantos \_\_\_\_\_\_\_\_  | Municipio de procedencia | Departamento |
| Municipio de residencia actual   | Dirección  | Barrio  | Teléfono fijoCelular |
| Correo electrónico:  |  |  |
| **INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA DEL ASPIRANTE** |
| Nombre del Padre | Edad | Escolaridad | Ocupación  | Dirección  | Teléfono  |
|  |  |  |  |  |  |
| Nombre de la Madre | Edad | Escolaridad | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|  |  |  |  |  |  |
| Miembros de la familia con quienes convive  |
| Nombre  | Parentesco  | Edad | Escolaridad | Ocupación  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Otra persona con la que se pueda tener contacto  |
| Nombre  | Teléfono fijo | Celular |
| De acuerdo con el recibo de Servicios públicos especifique su estrato social  |
| Bajo-Bajo |  | Bajo |  | Medio-Bajo |  | Medio |  | Medio-Alto |  | Alto |  |  |
| Ingreso salario aproximado mensual en salarios mínimos de la familia |
| De 1 a 2 SMLV |  | De 2 a 4 SMLV |  | De 4 a 6 SMLV |  | De 6 a 8 SMLV |  | Más de 8 SMLV |  |
| La familia posee vivienda  |
| Propia pagada |  | Propia la están pagando |  | En arriendo  |  | En préstamo |  | Ocupante de hecho (Invasor) |  |
| ¿Tiene Crédito con el ICETEX? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ porcentaje\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Ha tenido otros descuentos en la UCM? SI\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CUAL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **EL ASPIRANTE DEBE ANEXAR AL FORMULARIO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:*** **Formulario de solicitud (se entrega en decanatura direcciones de programa).**
* **Carta informando su situación económica, firmada por los padres de familia o su acudiente y el estudiante**
* **Copia del promedio académico (del semestre en curso o notas de 1 y 2 momento evaluativo).**
* **Constancia de Decanatura especificando que no tiene antecedentes disciplinarios.**
* **Fotocopia del último pago de servicio público (energía)**
* **Constancia de afiliación a salud.**
* **Fotocopia del documento de identidad de los padres y del estudiante.**
 |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Firma de la Madre (la firma debe ser original)** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Firma del Padre (la firma debe ser original)** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Firma del Aspirante** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Unidad de trabajo social  | Dirección de Aseguramiento de la CalidadLíder SIG | Consejo de Rectoría | Febrero de 2025  |

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **VERSIÓN** | **ÍTEM** | **MODIFICACIÓN** |
| Septiembre del 2018 | 2 | Parte inicial del documento  | Se incluye autorización de datos personales y correo electrónico.  |