|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 fijo  Celular | | | | | | | | |
| 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 Calidad  Líder 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. |