

Foto reciente

INSCRIPCIÓN GRATUITA

No. INSCRIPCIÓN

Anote su nombre completo al respaldo de la foto y colóquela aquí

BECA FUTURO COMBARRANQUILLA

Carrera o programa elegido

Segunda opción

E-mail

1. INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

1.1 Apellidos y nombres

1.2 Estado civil

Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Separado (a) Colombiana Otra

1.4 Nacimiento

País _____ Dpto. _____ Municipio _____

1.5 Fecha de nacimiento

DD MM AA

1.6 Sexo

Masculino Femenino

1.7 Grupo sanguíneo

1.8 Documento de identidad

T.I.

C.C.

Pasaporte

C.E.

No.

Exp. _____

Libreta Militar No. _____

Distrito No. _____

Expedida en _____

1.9 Residencia permanente (núcleo familiar)

Dirección _____

Ciudad _____

Barrio _____

Estrato 1 2 3 4 5 6

Teléfono _____

Celular _____

Tipo de vivienda Propia Arrendada

2. INFORMACIÓN ACADÉMICA

2.1 Modalidad de bachillerato

Clásico Normal Superior Comercial Nocturno Validado

2.3 Institución que le otorgó el grado

Nombre de la institución _____

Teléfono _____

Privada

Pública

Año de grado _____

Código AC ICFES _____

País _____

Dpto. _____

Municipio _____

2.3 ¿Usted presenta algún tipo de discapacidad física?

Sí No

¿Cuál? _____

2.4 ¿Usted presenta algún tipo de discapacidad sensorial?

Sí No

¿Cuál? _____

3. INFORMACIÓN FAMILIAR

3.1 Información General

Padre Sí No

Madre Sí No

Nº de hermanos

otro (especifique parentesco) | | |

3.1 Información laboral de los padres

Nombre del padre C.C.

Ciudad de residencia Teléfono Celular

Empleado Independiente Desempleado

Empresa Cargo Dirección

Ocupación Dirección de la empresa Teléfono

Teléfono de la empresa Ciudad

Nombre de la madre C.C.

Ciudad de residencia Teléfono Celular

Empleada Independiente Desempleado

Empresa Cargo Dirección

Ocupación Dirección de la empresa Teléfono

Teléfono de la empresa Ciudad

INGRESOS MENSUALES

VALOR

Actividad principal

Otros ingresos

Total ingresos

EGRESOS MENSUALES

VALOR

Vivienda

Alimentación

Educación

Créditos

Gastos personales

Otros gastos

Total egresos

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Familiar Combarranquilla realice el tratamiento respectivo, consistente en la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir o compartir información relevante sobre las características de los servicios, procesos, actividades comerciales de la Caja de Compensación Familiar, o en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes, y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la Caja, reconocimiento y pago de la cuota monetaria, notificar o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercado, circularla para fines publicitarios, y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, previo requerimiento formal. Dicho tratamiento se podrá realizar como responsable o a través del encargado que indique la Caja. Adicionalmente, entiendo que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo con la Caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de su política de protección de datos, según lo reglamentado por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 del 2013.CC.

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

1. Lea detenidamente el formulario antes de proceder a su diligenciamiento.
2. Llénelo preferiblemente a máquina o con letra de imprenta. Todos los campos deben ser diligenciados.
3. La entrega de documentos se efectuará en las oficinas Administrativas y Unidades de Combarranquilla.
4. Al efectuar la inscripción, es indispensable cumplir los siguientes requisitos:
 - Ser hijo beneficiario de trabajador afiliado a COMBARRANQUILLA que devenga menos de cuatro (4) salarios mínimos.
 - Ser bachiller proveniente del departamento del Atlántico.
 - Ser menor de 19 años.
 - Estar inscrito y admitido en un programa de pregrado de la Universidad Metropolitana (**BECA FUTURO**).
 - Aplica para todos los programas que ofrece la Universidad Metropolitana, excepto los programas de medicina y odontología.
 - Haberse graduado o ser candidato a grado de bachiller en el mismo periodo de la convocatoria.
 - Copia del resultado de las pruebas ICFES (mínimo 60%).
 - Certificado de calificaciones definitivas de los grados décimo (10^a) y undécimo (11^a) con notas básicas, sobresalientes y excelentes.

OFICINA DE SUBSIDIO

 Calle 34 No. 44 - 63 Piso 2
 3718900 Ext. 2140 - 2141 - 2142 - 2143
 subsidio.educativo@combarranquilla.co
 www.combarranquilla.co

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar