

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)

1.3 Nacionalidad

☐ 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 ICES

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

El núcleo familiar está compuesto por

Padre Sí ☐ No ☐ **Madre** Sí ☐ No ☐ **N° 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 ☐ Desempleada ☐
Empresa Cargo Dirección
Ocupación Dirección de la empresa Teléfono
Teléfono de la empresa Ciudad

INGRESOS MENSUALES	VALOR
Actividad principal	<input type="text"/>
Otros ingresos	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total ingresos	<input type="text"/>

EGRESOS MENSUALES	VALOR
Vivienda	<input type="text"/>
Alimentación	<input type="text"/>
Educación	<input type="text"/>
Créditos	<input type="text"/>
Gastos personales	<input type="text"/>
Otros gastos	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total egresos	<input type="text"/>

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 devengue 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 (10º) y undécimo (11º) 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