



FORMULARIO DE REQUISITOS Y POSTULACIÓN

BECA MUNICIPAL "PROFESOR JAIME ORDOÑEZ MUÑOZ" ENSEÑANZA SUPERIOR 2025

FECHAS DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESDE EL 03 de MARZO AL 04 DE ABRIL DE 2025 SOLO EN FORMA PRESENCIAL

Horario de Atención Lunes a Viernes 8:30 a 13:30 horas.

Certificado Anual de Notas 4° Medio egresado y que cursara por primera vez Educación Superior (cualquiera sea el año de egreso), promedio 5,5 .	
Si ya está en Carrera Profesional en Universidad Estatal o Privada, y/o Instituto Profesional se solicita: Certificado anual de notas, original, (timbrado) promedio 4,5 del periodo 2024	
Si ya está en carrera en Centro de Formación técnica o instituto, (carrera técnica) se Solicita: Certificado original. Con promedio 5.0 del periodo 2024.	
Certificado de matrícula año 2025 del postulante, y/o Alumno Regular, original.	
Certificado de matrícula año 2025 de hermanos padres o hijos que estudien , (original o copia) (si corresponde)	
Fotocopia ampliada (grande) cedula identidad. (solo por el lado principal)	
Presentar Certificado de Registro social de Hogares a nombre del postulante al momento de la postulación. Solicitar en Unidad de Estratificación social.	
Documento que acredite Cuenta de Banco Activa y/o Vigente. Ejemplo: Ahorro, Vista, Chequera Electrónica, Cuenta Rut.	
Certificado médico que acredite enfermedades catastróficas, crónicas o invalidantes del postulante o de Algún integrante del grupo familiar identificado en la ficha de postulación. (si corresponde)	
Tenencia de la Vivienda: Fotocopia contrato de arriendo (si corresponde) dividiendo si corresponde . Si la vivienda está cancelada acreditar con copia simple de documento. (escritura, solo hoja principal.)	
Liquidación de sueldo, (Grupo familiar) pensiones o declaración jurada SIMPLE de ingresos en caso de trabajo informal: ejemplo: Pololos, Part-time, Trabajo Esporádico, Independiente, Feriante, Taxista o aportes recibidos por la familia. Colillas de pensión de cualquier tipo. (si es que corresponde)	
Certificado de familia perteneciente a subsistema Chile Seguridades y Oportunidades (Ex puente) (si corresponde)	
Los alumnos con diversidad funcional (discapacidad) deberán presentar Informe Médico o Carnet Discapacidad.	
Certificado del Programa Social de la comuna al cual pertenece, ya sea (Cosam, Pie, OPD, Centro de la mujer, etc), cuando corresponda. Certificado de Vigencia (SUF).	

FICHA DE POSTULACIÓN BECA ENSEÑANZA SUPERIOR AÑO 2025

(LLENAR POR INTERESADOS)

FRANJA N° _____ /

CUANTOS SEMESTRES Y AÑOS TIENE DE DURACION LA CARRERA:	AÑOS.: _____ SEMESTRE.: _____
QUE SEMESTRE CURSA PARA EL AÑO 2025	
VECES QUE HA SIDO BENEFICIARIO DE LA BECA MUNICIPAL SUPERIOR: INDICAR EL AÑO (SI CORRESPONDE)	

ANTECEDENTES PERSONALES DEL POSTULANTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
RUT	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL
CORREO ELECTRONICO (LEGIBLE)		CUENTA RUT Y/O AHORRO (ANOTAR N° DE CUENTA)
CORREO DE CONTACTO		
TELEFONO DE CONTACTO		
DOMICILIO / CALLE		NOMBRE VILLA O POBLACIÓN
N°		

¿DESEMPEÑA ACTIVIDAD LABORAL EL POSTULANTE?	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUE TIPO DE ACTIVIDAD DESEMPEÑA:	_____	
MONTO DEL INGRESO: \$	_____	

ANTECEDENTES ACADÉMICOS (SÓLO SI ES SU PRIMER SEMESTRE EN ENSEÑANZA SUPERIOR)

EGRESADO DE ENSEÑANZA MEDIA:		PROMEDIO GENERAL 4° MEDIO:
		(Si corresponde)

ENSEÑANZA SUPERIOR DE UNIVERSIDAD ESTATAL Y/O PRIVADA

UNIVERSIDAD ESTATAL (nombre)	UNIVERSIDAD PRIVADA (nombre)	REGIÓN METROPOLITANA	OTRA REGIÓN
NOMBRE CARRERA	NOMBRE CARRERA	(PROMEDIO ANUAL cuando corresponda)	

INSTITUTO PROFESIONAL Y/O CENTRO FORMACIÓN TÉCNICA

		REGIÓN METROPOLITANA	OTRA REGIÓN
NOMBRE INSTITUTO	NOMBRE C. F. T.		
		PROMEDIO ANUAL	
NOMBRE DE CARRERA	NOMBRE DE LA CARRERA		

BENEFICIARIOS DE ALGUNA BECA: (marcar con una x)		SI	NO
NOMBRE DE LA BECA:			

TENENCIA DE LA VIVIENDA FAMILIAR (marcar x donde corresponda)				
PROPIA (cancelada) escritura copia simple. Solo primera hoja.		ASIGNATARIO (Pagando dividendo):		ARRENDATARIO:
ALLEGADO:				Contrato de arriendo o vale de arriendo.

ANTECEDENTES DE SALUD	
NOMBRE DE LA ENFERMEDAD: Justificar con certificado médico	
NOMBRE DE QUIEN LA PADECE: (Debe figurar en su Registro Social de Hogares)	

<u>TIENE UD. LA CALIDAD DE DIRIGENTE (OFICIAL) EN ALGUNA ORGANIZACIÓN (que cuente con personalidad jurídica vigente) TERRITORIAL O FUNCIONAL DENTRO DE LA COMUNA DE LA GRANJA</u>
<u>CLUB DEPORTIVO</u>
<u>CENTRO JUVENIL</u>
<u>CENTRO CULTURAL</u>
<u>OTRO TIPO</u>
NO APLICA

**NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO MUNICIPAL
QUIEN RECEPCIONA DOCUMENTOS**

OBSERVACIONES:

LLENAR POR INTERESADOS

**GRUPO FAMILIAR CON QUIEN VIVE EL POSTULANTE
SEGÚN CONSTA EN REGISTRO SOCIAL DE HOGARES**

N°	NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	RUT	F. NACIMIENTO	E. CIVIL	ACTIVIDAD
1		POSTULANTE				
2		Madre				
3		Padre				
4		Hermano (a)				
5		Hermano (a)				
6		Hermano (a)				
7		Abuelo (a)				
8		Otro Pariente				
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						