

# FORMULARIO ÚNICO POSTULACIÓN Y RENOVACIÓN $\mbox{UFE-UGM 2020}$

IDENTIFICACION DEL ES	STUDIANTE						
NOMBRE :	CAMILA FEF	RNANDA TORRES OB	REQUE	RUT:	18.358.96	66-0	
CARRERA:	ENFERMER	IA SEDE SANTIAGO		JORNADA:	Diurna		
AÑO DE INGRESO:	2013		FECHA DE NACIMIENTO:	09-03-1993		TIPO DE SOLICITUD:	Postulante
DIRECCION:	andrés ferna	ndez coma				N°:	0
DPTO/CASA:	macul	VILLA:		COMUNA:	Macul	REGION:	Región Metropolitana
FONO (CASA):		CELULAR:	569-654-327-73	E-MAIL :	camila.tor	res.o@ugm.cl	
DIRECCION PERIC	DO ACADEN	ИІСО					
DIRECCION:						N°:	
DPTO:		VILLA:		COMUNA:		REGION:	

IDENTIFICACION DEL GRUPO FAMILIAR  N° Total de Integrantes 4								
RUT	NOMBRE	APELLIDO	GENERO	EDAD	RELACION	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCACIONAL	ACTIVIDAD/PROFESION
12.795.969-2	robinson eduardo	torres flores	Masculino	52	Padre	Casado(a)	E. Media incompleta	Trabajador dependiente
18.358.966-0	CAMILA FERNANDA	TORRES OBREQUE	Femenino	27	No aplica	Soltero	E. Basica Completa	Personal mayor de 18 y menor de 65, sin ocupacion ni ingresos y que no esta imposibilitado.
18.937.686-3	camila estefany	torriani astete	Femenino	26	Otro	Soltero	E. IP Incompleta	Cesante, persona desviunculada de un trabajo remunerado por contrato u honorario
9.625.226-9	irma del carmen	obreque aravena	Femenino	61	Madre	Casado(a)	E. Media completa	Duena de casa, sin actividad remunerada

TENENCIA DE VIVIENDA	Arrendatario	TIPO DE VIVIENDA	Departamento

# IDENTIFICACION DE INGRESOS FAMILIARES

Rut	SUELDOS	PENSIONES	HONORARIOS	RETIROS	ACCIONES	INTERESES C.MOVILIARIOS	GANANCIAS C.MOVILIARIOS	PENSION ALIMENTICIA	INDEPENDIENTE	TOTAL
18.358.966-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18.937.686-3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9.625.226-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12.795.969-2	301000	0	0	0	0	0	0	0	0	301000

# INGRESO MENSUAL POR AÑO

AÑO	TOTAL MENSUAL	PERCAP
2020	301000	75250

#### ANTECEDENTES DE SALUD GRUPO FAMILIAR

RUT	NOMBRE	APELLIDO	CONDICION	ENFERMEDAD	PREVISION	OTRA PREVISION
12.795.969-2	robinson eduardo	torres flores	Sin Enfermedades Cronicas y/o Catastroficas		Fonasa	
18.358.966-0	CAMILA FERNANDA	TORRES OBREQUE	Sin Enfermedades Cronicas y/o Catastroficas		Sin Prevision de Salud	
18.937.686-3	camila estefany	torriani astete	Sin Enfermedades Cronicas y/o Catastroficas		Sin Prevision de Salud	
9.625.226-9	irma del carmen	obreque aravena	Sin Enfermedades Cronicas y/o		Sin Prevision de Salud	

# DECLARACION DE SOLICITUD BECA

Estimados: Realizo la solicitud de beca para poder acogerme al programa de beneficios, ya que como familia estamos pasando un momento económico malo, por lo cual me sería de mucha ayuda poder acceder a estos beneficios. El único sostenedor de mi familia es mi padre, el cual solo cuenta con el sueldo mínimo, mi madre se encuentra cesante y no representa aporte al hogar.

ASCENDI

FIRMA Y HUELLA
ESTUDIANTE

FIRMA Y TIMBRE

UFE

# DATOS DE ENTREVISTA

FECHA	Miércoles 22 de Enero de 2020
HORA	13:00
ASISTENTE SOCIAL	Elizabeth Correa López