

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

IDENTIFICACION DEL ES	STUDIANTE						
NOMBRE :	FRANCISCA	MARIA LOPEZ MU	NOZ	RUT:	18.124.051-2		
CARRERA:	ENFERMER	IA SEDE SANTIAGO)	JORNADA:	Diurna		
AÑO DE INGRESO:	2017		FECHA DE NACIMIENTO:	27-09-1992		TIPO DE SOLICITUD:	Postulante
DIRECCION:	Valdes					N°:	931
DPTO/CASA:		VILLA:		COMUNA:	Melipilla	REGION:	Región Metropolitana
FONO (CASA):	2-831-3167	CELULAR:	569-338-234-12	E-MAIL:	FRANCISCA.	LOPEZM@HOTMAIL.COM	
DIRECCION PERIODO ACADEMICO							
DIRECCION:						N°:	
DPTO:		VILLA:		COMUNA:		REGION:	

IDENTIFICACIO	IDENTIFICACION DEL GRUPO FAMILIAR N° Total de Integrantes 3							
RUT	NOMBRE	APELLIDO	GENERO	EDAD	RELACION	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCACIONAL	ACTIVIDAD/PROFESION
15.404.482-5	GRACE DENISSE	Lopez munoz	Femenino	34	Hermano(a)	Soltero	Universidad Completa	Cesante, persona desvinculada de un trabajo remunerado por contrato u honorario
18.124.051-2	FRANCISCA MARIA	LOPEZ MUNOZ	Femenino	27	No aplica	Soltero	E. Media completa	Cesante, persona desvinculada de un trabajo remunerado por contrato u honorario
8.567.024-7	Elisabeth de las Mercedes	Munoz briones	Femenino	63	Madre	Casado(a)	E. Media completa	Cesante, persona desvinculada de un trabajo remunerado por contrato u honorario

TENENCIA DE VIVIENDA	Propietario	TIPO DE VIVIENDA	Casa

IDENTIFICACION DE INGRESOS FAMILIARES

Rut	SUELDOS	PENSIONES	HONORARIOS	RETIROS	ACCIONES	INTERESES C.MOVILIARIOS	GANANCIAS C.MOVILIARIOS	PENSION ALIMENTICIA	INDEPENDIENTE	TOTAL
15.404.482-5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18.124.051-2	0	0	0	0	0	0	0	155000	0	155000
8.567.024-7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

INGRESO MENSUAL POR AÑO

AÑO	TOTAL MENSUAL	PERCAP
2020	155000	51666

ANTECEDENTES DE SALUD GRUPO FAMILIAR

RUT	NOMBRE	APELLIDO	CONDICION	ENFERMEDAD	PREVISION	OTRA PREVISION
15.404.482-5	GRACE DENISSE	Lopez munoz	Sin Enfermedades Cronicas y/o Catastroficas		Sin Prevision de Salud	
18.124.051-2	FRANCISCA MARIA	LOPEZ MUNOZ	Enfermedad Cronica	Asma soplo al corazon	Fonasa	
8.567.024-7	Elisabeth de las Mercedes	Munoz briones	Enfermedad Cronica	Tiroides hipertension diabetes helicobacter pylori	Fonasa	

DECLARACION DE SOLICITUD BECA

Estimados, Junto con saluda y a través de la presente me dirijo a ustedes adjuntando los motivos para postular a la beca socioeconómica: - Me encuentro cesante y sin posibilidad de trabajar por motivo de mis estudio diurnos ya que los horarios de la universidad son muy extensos y además cabe destacar que resido en Melipilla por la lo cual mi locomoción tiene horarios establecidos y la duración del viaje mínimo es de 2 horas ida y 2 horas vuelta. - Me encuentro domiciliada en la comuna de Melipilla (debo tomar locomoción rural además del transantiago) y mi gasto diario en locomoción es de \$5.000 lo cual genera un gasto extra mensualmente. - Mencionar también que mi grupo familiar está constituida por mi hermana (Grace López), mi madre (Elisabeth Muñoz) y yo(Francisca López) de las cuales mi madre trabaja esporádicamente por su enfermedad detectada hace un tiempo y mi hermana este año egresó en la universidad Gabriela Mistral. - Mi madre se encuentra con variadas enfermedades; Hipertiroidismo, Hipertensión, y una bacteria llamada Helicobacter Pylori, gastritis Congestiva y una hernia estomacal. De los cuales los exámenes y tratamientos a seguir son muy costosos debido a lo anterior su trabajo se realiza en la actualidad de forma parcial el cual ya no pude hacerlo de forma completa. - Mencionar también que debido a que mi hermana egreso hace poco de su carrera ya no contamos con la mensualidad que le daba mi padre , quedando así con menos ingresos familiares . En base a esto solicito evaluar mi caso . Esperando una buena recepción y pronta respuesta me despido.

FIRMA Y HUELLA
ESTUDIANTE

FIRMA Y TIMBRE

UFE

DATOS DE ENTREVISTA

FECHA	Lunes 02 de Marzo de 2020
HORA	9:30
ASISTENTE SOCIAL	Elizabeth Correa López