

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

| IDENTIFICACION DEL E | IFICACION DEL ESTUDIANTE |                   |                      |            |                 |                    |                      |
|----------------------|--------------------------|-------------------|----------------------|------------|-----------------|--------------------|----------------------|
| NOMBRE :             | CATHER                   | INE ISABEL SOTO C | DYARZUN              | RUT:       | 17.892.376-5    |                    |                      |
| CARRERA:             | DERECH                   | O SEDE SANTIAGO   |                      | JORNADA:   | Diurna          |                    |                      |
| AÑO DE INGRESO:      | 2020                     |                   | FECHA DE NACIMIENTO: | 09-01-1991 |                 | TIPO DE SOLICITUD: | Postulante           |
| DIRECCION:           | san marti                | n                 |                      |            |                 | N°:                | 418                  |
| DPTO/CASA:           | 25                       | VILLA:            |                      | COMUNA:    | Santiago centro | REGION:            | Región Metropolitana |
| FONO (CASA):         |                          | CELULAR:          | +56 9 50158453       | E-MAIL:    | C.s.imagen0@gm  | nail.com           |                      |
| DIRECCION PERIO      | DO ACAI                  | DEMICO            |                      |            |                 |                    |                      |
| DIRECCION:           |                          |                   |                      |            |                 | N°:                |                      |
| DPTO:                |                          | VILLA :           |                      | COMUNA:    |                 | REGION:            |                      |

| IDENTIFICACION DEL GRUPO FAMILIAR N° Total de Integrantes 2 |                       |                  |          |      |           |               |  |   |
|---|-----------------------|------------------|----------|------|-----------|---------------|--|---|
| RUT   | NOMBRE                | APELLIDO         | GENERO   | EDAD | RELACION  | ESTADO CIVIL  | NIVEL EDUCACIONAL                        | ACTIVIDAD/PROFESION                         |
| 17.892.376-5  | CATHERINE<br>ISABEL   | SOTO<br>OYARZUN  | Femenino | 29   | No aplica | Soltero       | E. Basica Completa                       | Pensionado con renta fija y/o variable      |
| 8.470.521-7   | ISABEL DE LO<br>URDES | OYARZUN<br>GODOY | Femenino | 63   | Madre     | Divorciado(a) | E. Tecnica de Nivel<br>Superior completa | Mayor de 65 , sin pension ni otros ingresos |

| TENENCIA DE VIVIENDA | Arrendatario | TIPO DE VIVIENDA | Departamento |
|----------------------|--------------|------------------|--------------|

# IDENTIFICACION DE INGRESOS FAMILIARES

| Rut          | SUELDOS | PENSIONES | HONORARIOS | RETIROS | ACCIONES | INTERESES<br>C.MOVILIARIOS | GANANCIAS<br>C.MOVILIARIOS | PENSION<br>ALIMENTICIA | INDEPENDIENTE | TOTAL  |
|--------------|---------|-----------|------------|---------|----------|----------------------------|----------------------------|------------------------|---------------|--------|
| 17.892.376-5 | 300000  | 0         | 0          | 0       | 0        | 0                          | 0                          | 0                      | 0             | 300000 |
| 8.470.521-7  | 300000  | 0         | 0          | 0       | 0        | 0                          | 0                          | 0                      | 0             | 300000 |

# INGRESO MENSUAL POR AÑO

| AÑO  | TOTAL MENSUAL | PERCAP |
|------|---------------|--------|
| 2020 | 600000        | 300000 |

#### ANTECEDENTES DE SALUD GRUPO FAMILIAR

| RUT          | NOMBRE                | APELLIDO         | CONDICION                                      | ENFERMEDAD   | PREVISION | OTRA PREVISION |
|--------------|-----------------------|------------------|--|--|-----------|----------------|
| 17.892.376-5 | CATHERINE ISABEL      | SOTO OYARZUN     | Sin Enfermedades Cronicas y/o<br>Catastroficas |  | Fonasa    |                |
| 8.470.521-7  | ISABEL DE LO<br>URDES | OYARZUN<br>GODOY | Enfermedad Cronica                             | FIBRIOMIALGIA SEVERA NUEROPATIA<br>DISCOPATIA Y VITILIGO | Fonasa    |                |

# DECLARACION DE SOLICITUD BECA

Postulación a beca copago 0, cumpliendo requisitos de alumno regular, dentro de los 7 primeros deciles de ingresos familiares percibidos, por condición actual. En mi estado actual como alumna, me encuentro en búsqueda de trabajo, trabajando esporádicamente, madre soltera, viviendo en el hogar de mi madre isabel oyarzún godoy.

FIRMA Y HUELLA
ESTUDIANTE

FIRMA Y TIMBRE

UFE

# DATOS DE ENTREVISTA

| FECHA            | Viernes 31 de Enero de 2020 |
|------------------|-----------------------------|
| HORA             | 15:00                       |
| ASISTENTE SOCIAL | Elizabeth Correa López      |