Fecha 02/04/2020



ACREDITACIÓN SOCIOECONÓMICA (ASE) FORMULARIO ÚNICO POSTULACIÓN Y RENOVACIÓN UFE-UGM 2020

IDENTIFICACION DEL ES	TUDIANTE					
NOMBRE :	CAMILA BELEN VILLA PRAI	00	RUT:	18.092.857-K		
CARRERA:	ENFERMERIA SEDE SANTI	AGO	JORNADA:	Diurna		
AÑO DE INGRESO:	2017	FECHA DE NACIMIENTO:	10-09-1992		TIPO DE SOLICITUD:	Postulante
DIRECCION:	PASAJE ELIZARDA LARENA	AS			N°:	127
DPTO/CASA:	VILLA:		COMUNA:	Quilicura	REGION:	Región Metropolitana
FONO (CASA):	CELULAR:	569-728-308-20	E-MAIL:	camila.villa@u	gm.cl	
DIRECCION PERIO	DO ACADEMICO					
DIRECCION:					N°:	
DPTO:	VILLA:		COMUNA:		REGION:	

RUT	NOMBRE	APELLIDO	GENERO	EDAD	RELACION	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCACIONAL	ACTIVIDAD/PROFESION
13.061.296-2	LORENA ANDREA	PRADO BUSTAMANTE	Femenino	47	Madre	Soltero	E. Media completa con titulo tecnico de nivel medio	Cesante, persona desvinculada de un trabajo remunerado por contrato u honorario
8.092.857-K	CAMILA BELEN	VILLA PRADO	Femenino	27	No aplica	Soltero	Universidad Incompleta	Estudiantes de E. Superior de escuelas matrices de las FFAA y de Orden.
20.999.601-4	VICENTE JOSE	AGUILERA PRADO	Masculino	17	Hermano(a)	Soltero	E. Media incompleta	Estudiante de E. Basica, Media, o menore en edades preescolares.

TENENCIA DE VIVIENDA	Allegado	TIPO DE VIVIENDA	Casa
----------------------	----------	------------------	------

IDENTIFICACION DE INGRESOS FAMILIARES

Rut	SUELDOS	PENSIONES	HONORARIOS	RETIROS	ACCIONES	INTERESES C.MOVILIARIOS	GANANCIAS C.MOVILIARIOS	PENSION ALIMENTICIA	INDEPENDIENTE	TOTAL
13.061.296-2	385000	0	0	0	0	0	0	0	0	385000
18.092.857-K	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20.999.601-4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

INGRESO MENSUAL POR AÑO

AÑO	TOTAL MENSUAL	PERCAP
2020	385000	128333

ANTECEDENTES DE SALUD GRUPO FAMILIAR

RUT	NOMBRE	APELLIDO	CONDICION	ENFERMEDAD	PREVISION	OTRA PREVISION
13.061.296-2	LORENA ANDREA	PRADO BUSTAMANTE	Enfermedad Catastrofica	hipotiroidismo Y DEPRESION	Fonasa	
18.092.857-K	CAMILA BELEN	VILLA PRADO	Sin Enfermedades Cronicas y/o Catastroficas		Fonasa	
20.999.601-4	VICENTE JOSE	AGUILERA PRADO	Enfermedad Catastrofica	SINDROME Â ASPERGER	Fonasa	

DECLARACION DE SOLICITUD BECA

FIRMA Y HUELLA ESTUDIANTE

ASCENDE SUPERIUS

FIRMA Y TIMBRE

UFE

DATOS DE ENTREVISTA

FECHA

HORA

ASISTENTE SOCIAL

ADMIN UFE

DATOS ACADEMICOS

NEM	NA	AR	A APROV	A INSCR	AA	SF
5.0	5.100000	VIGENTE	4	4	100	AL DIA

Solicitud Acreditada por:

Elizabeth Correa López