

	FORMULARIO ÚNICO DE BECAS EDUCACIÓN SUPERIOR	Primer semestre de 2024
		Fecha de vigencia
		2024-06-07

El diligenciamiento del presente formulario no obliga a la Cooperativa a otorgar al postulante inscrito el beneficio de la beca. Si queda seleccionado como beneficiario, será notificado formalmente mediante llamada telefónica y/o comunicación escrita remitida a la dirección de correo electrónico registrado.

DATOS DEL ASOCIADO ESTUDIANTE		
IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="checkbox"/> TI. <input type="checkbox"/>	NOMBRES COMPLETO	APELLIDOS COMPLETOS
Nº		
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA - CIUDAD - DEPARTAMENTO	
NÚMERO CELULAR	TELÉFONO (con indicativo) O CELULAR ALTERNATIVO	
CORREO ELECTRÓNICO:	ESTRATO: NIVEL 1 <input type="checkbox"/> NIVEL 2. <input type="checkbox"/> NIVEL 3. <input type="checkbox"/>	
INFORMACIÓN ACADÉMICA		
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN ACADÉMICA	NIT INSTITUCIÓN EDUCATIVA (sin código de verificación)	
¿ESTA ENTIDAD SE ENCUENTRA REGISTRADA CON CÓDIGO SNIES? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE CARRERA PREGRADO: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CIUDAD O SEDE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DONDE SE REALIZARÁ EL GIRO CADA SEMESTRE:	NOMBRE COMPLETO DE LA CARRERA	
SI INGRESÓ A PRIMER SEMESTRE EN EL PERIODO 2024-1, INDIQUE EL PUNTAJE OBTENIDO EN LA PRUEBA SABER PRO.	SEMESTRE CURSADO EN EL 2024 -1	
SI INGRESÓ ANTES DEL 2024-1, INDIQUE EL PROMEDIO DE CALIFICACIONES DEL PERIODO INMEDIATAMENTE ANTERIOR (2023-2)	¿ACTUALMENTE RECIBE ALGÚN TIPO DE SUBSIDIO Y/O BECA QUE CUBRA EL PAGO DE SU SEMESTRE ACADÉMICO? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿CUÁNTOS GIROS LE HACEN FALTA PARA CULMINAR LA CARRERA? (contando desde el periodo 2024-1). 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	VALOR DEL SEMESTRE 2024-1 (sólo valor de la matrícula ordinaria) \$	
EL ASPIRANTE POSEE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES ESPECIALES <input type="checkbox"/> Madre cabeza de familia <input type="checkbox"/> Niño o joven con discapacidad <input type="checkbox"/> 3 o más hijos en formación académica <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input checked="" type="checkbox"/> Adjunta declaración juramentada (notariado) manifestando su condición especial: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Para lo anterior anexo los documentos según lo establecido en el reglamento: <input checked="" type="checkbox"/> Copia del documento de identidad legible. <input checked="" type="checkbox"/> Un recibo de servicio público domiciliario de donde vive el postulante, que evidencie el estrato socio-económico.		

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recibo de matrícula del semestre 2024-1 cancelado y emitido por la institución de educación superior. ✓ Certificado de notas del semestre anteriormente cursado (2023-2) expedido por la institución Educativa, sábana de calificaciones, duración del programa y semestre a cursar para el 2024-1 ✓ Resultado de la prueba del ICES junto con el certificado de admisión de la respectiva institución educativa donde indique duración del programa. Si aplica. 							
Para uso exclusivo de la Cooperativa Suya							
APROBADO		FECHA DE APROBACIÓN		FIRMA AUTORIZADA		RECIBIDO	
SI	NO					AAA	MM
						DD	HORA
OBSERVACIONES:							

OBSERVACIONES GENERALES

- ✓ Diligenciar este formato sin enmendaduras.
- ✓ El solicitante autoriza a COOPSUYA a verificar la información. Cualquier falsedad dará lugar a que el solicitante sea retirado de la lista de Aspirantes.

INSTRUCCIONES

- ✓ Esta convocatoria para becas solo aplica para programas de Pregrados, que estén cursando máximo el 5to semestre
- ✓ **Mínimo puntaje exigido:** Promedio mínimo del último semestre: 3.5
- ✓ El Asociado debe estar al día con el pago de aportes y demás obligaciones que tenga con la Cooperativa como asociado y como codeudor.

EN MI CALIDAD DE ASOCIADO DE LA COOPERATIVA SUYA. CERTIFICO QUE CONOZCO Y LEÍ EL REGLAMENTO DE BECAS EDUCACIÓN SUPERIOR PARA EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2024, ACEPTO Y ME ACOJO A LOS RESULTADOS QUE ARROJE LA TABULACIÓN.

FIRMA: _____
CC.

FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:

Hora: _____

Fecha: _____