



BIENESTAR ESTUDIANTIL Y CALIDAD DE VIDA
UNIDAD TRABAJO SOCIAL
BOLETA DE CONGELAMIENTO DE BECA

Tiene Beca Socioeconómica
N° _____

Fecha: _____
Cuatrimestre que solicita congelar: _____

_____	_____	_____
Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
_____	_____	_____
Número de Cédula o Dimex	Carnet	Carrera
_____	_____	_____
Correo Electrónico	Teléfono Celular	Teléfono residencial o de un familiar

- Motivo de Suspensión (marque con X)

<input type="checkbox"/>	Embarazo
<input type="checkbox"/>	Cambio en la jornada laboral del estudiante impide continuidad de estudios
<input type="checkbox"/>	Pasantía en el extranjero
<input type="checkbox"/>	Oportunidades laborales de corto plazo
<input type="checkbox"/>	Enfermedades agudas o incapacitantes que imposibiliten la salud propia
<input type="checkbox"/>	Enfermedades agudas o incapacitantes que imposibiliten la salud de familiar de primer grado de consanguinidad
<input type="checkbox"/>	Cuidado del hijo(a) recién nacido(a) (menor a tres meses)
<input type="checkbox"/>	Condena Judicial
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique para su valoración)

Observaciones: _____

Según la situación anterior seleccionada, debe de presentar los siguientes **requisitos**:

- Epicrisis en caso de salud, embarazo.
- En los casos relacionados con oportunidad de trabajo, cambio de la jornada laboral o pasantía adjuntar una constancia laboral de la situación presentada. **(DEBIDAMENTE TIMBRADA Y CON INFORMACIÓN DE CONTACTO)**.
- Es **OBLIGATORIO** anexar una nota donde se especifique **detalladamente** los motivos del congelamiento de beca.

Firma del estudiante

Fecha de solicitud