

FICHA SOCIOECONOMICA

Se le recomienda consignar los datos con cuidado. Use lapicero. Use letra imprenta.

1. Datos Generales del Alumno							
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres			
DIRECCION EN TRUJILLO				Distrito			
Teléfono		E-mail		D.N.I./L.M./B.M.		No. De Brevete	
Sexo		Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Estado Civil	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>						Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>	

Dirección del lugar de procedencia (En caso proceda de una zona diferente a Trujillo)			Distrito			
Provincia			Departamento		Teléfono	

2. Estudios					
Nombre del Colegio (Estudios en secundaria)		Año de estudio	Particular	Estatal	Distrito/Departamento
		V			
		IV			
		III			
		II			
		I			

Repitió algún año de estudio	Monto de última cuota en el Colegio	Gozó de Beca	Motivo de Beca
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	S/.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Beca Completa <input type="checkbox"/> Beca Parcial <input type="checkbox"/>	Situación Económica : <input type="checkbox"/> Notas: <input type="checkbox"/> Orfandad: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique:

¿Pertenebió al Tercio Superior o tuvo Distinciones en el colegio? _____

En qué se trasladaba al colegio	Preparación en Academia	Postuló a Universidad o Instituto
Transporte Público <input type="checkbox"/> Movilidad Escolar <input type="checkbox"/> Movilidad Propia <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Academia: _____ Costo mensual: S/. _____ No. Ciclos _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Ingreso? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿A qué Universidad o Instituto ingresó?	Carrera	¿Cuántos ciclos cursó?	Ultimo semestre matriculado
Motivo de su retiro	¿Piensa continuar sus estudios?	Monto pagado (mensual)	
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

3. Trabajo

Trabaja o ha trabajado anteriormente	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Piensa continuar trabajando?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Si su respuesta es afirmativa sírvase llenar los datos de sus tres últimos trabajos, empezando por el actual o más reciente

Nombre de la Empresa	Horario de Trabajo	Sueldo mensual	Cargo	Fechas		Su contribución económica con la familia es:
				De	A	
						Importante <input type="checkbox"/>
						Mínima <input type="checkbox"/>
						No Contibuye <input type="checkbox"/>

4. Composición Familiar

Datos de todos los miembros de la familia que viven en su hogar, empezando por los padres, hermanos, incluyéndose Ud. en el orden que le corresponde y finalmente los parientes que viven en el hogar.

Nombre y Apellido	Parentesco	Edad	Estado Civil	Ocupación	Centro de Trabajo o Estudios
	Padre				
	Madre				

5. Datos del Jefe de Familia (Padre/Madre/Tutor)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Nivel de estudios
Profesión / Ocupación			

Empresa en que trabaja	Cargo que Ocupa	Tipo de Trabajo	Sueldo Mensual	Sueldos al año	Tiempo de Servicio
		Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>			

6. Datos de la Madre

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Nivel de estudios		
Empresa en que trabaja	Cargo que Ocupa	Tipo de Trabajo	Sueldo Mensual	Sueldos al año	Tiempo de Servicio
		Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>			

7. Situación Familiar			
Ud. vive con:		No. Dependientes	Depende económicamente de:
Padres <input type="checkbox"/>	¿Paga pensión?		
Parientes <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No. Estudiantes	Padre <input type="checkbox"/>
Solo <input type="checkbox"/>	Monto S/. _____		Madre <input type="checkbox"/>
Residencia de los padres			Si mismo <input type="checkbox"/>
Lima <input type="checkbox"/>	Provincia <input type="checkbox"/>	Extranjero <input type="checkbox"/>	Hermanos <input type="checkbox"/>
			Otros _____

Los padres están separados o divorciados	Ingresos Mensuales Familiares	Quien va a pagar sus estudios en caso ingrese
Si <input type="checkbox"/>	Padre S/_____ Usted S/_____	Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>	Madre S/_____ Otros S/_____	Madre <input type="checkbox"/> Otros _____
¿Desde cuándo? _____	Hermanos S/_____ Total Ingresos S/_____	Va a solicitar Crédito Ed. <input type="checkbox"/>
Gastos en Educación Mensual/Lugar	Parentesco	Pago mensual

8. Vivienda Familiar	
Condición de Vivienda	Fecha de adquisición de la vivienda (Si es propia)
Propia <input type="checkbox"/>	Otros: _____
Alquiler <input type="checkbox"/>	
Venta <input type="checkbox"/>	Paga mensualmente S/. _____
Alquilada <input type="checkbox"/>	
¿Tiene otras propiedades? (Cantidad)	

Describa su casa o sus propiedades:

Tipo de propiedades	Material de Pisos de su casa		Características	
	Descripción	Marque X	No. Dormitorios	No. De Baños
Casa <input type="checkbox"/>	Parquet, alfombra, laminado, terrazo, mármol			
Condominio <input type="checkbox"/>	Mosaico, Cerámica			
Departamento <input type="checkbox"/>	Tapizón, Madera			
Habitación <input type="checkbox"/>	Mayólica, Vinílico			
Edificio <input type="checkbox"/>	Cemento Tierra			
Quinta <input type="checkbox"/>				
Otros: _____				

Gastos de Vivienda (Pagos mensuales)				
Agua <input type="checkbox"/>	S/. _____	Cable <input type="checkbox"/>	S/. _____	
Teléfono <input type="checkbox"/>	S/. _____	Celular <input type="checkbox"/>	S/. _____	
Luz <input type="checkbox"/>	S/. _____	Internet <input type="checkbox"/>	S/. _____	

Servicios y Bienes (Marque con X en el recuadro, lo que posee)					
Empleada Doméstica <input type="checkbox"/>	Secadora Ropa <input type="checkbox"/>	Terma <input type="checkbox"/>	Impresora <input type="checkbox"/>	Conexión a internet <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/>

Indique que artefactos han comprado en su casa en el último año: _____

9. Salud					
Lugar de atención en caso de enfermedad	Médico Particular en clínica privada	Médico particular en consultorio	Seguro Social Hospital FF.AA. Ó Policía	Hospital del Ministerio de salud/Hospital de la Solidaridad	Posta Médica Farmacia Naturista
Alumno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El alumno presenta problemas de salud que requiere tratamiento continuo?			¿Existe algún miembro de la familia que requiera tratamiento continuo?		
Si <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> ¿Quién? _____		
Tipo de Enfermedad _____			Tipo de Enfermedad _____		
Tipo de Tratamiento _____			Tipo de Tratamiento _____		
No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		

10. Movilidad						
Tipo	Cantidad	Año de adquisición	Modelo Año	De quien es la movilidad	Pago Mensual	Tipo de Uso
Automóviles						
Camionetas						
Motos						
Otros						
Gastos de Movilidad						
Gasolina <input type="checkbox"/>	S/. _____	Pasajes <input type="checkbox"/>		S/. _____		
Mantenimiento <input type="checkbox"/>	S/. _____	Movilidad Escolar <input type="checkbox"/>		S/. _____		
Otros <input type="checkbox"/>	S/. _____					

11. Recreación y Cultura			
Club sociales o deportivos	Distrito / Departamento	Año de Afiliación	Cuota Mensual
¿Practica algún deporte?	¿Cuál?	¿Con qué frecuencia?	

Lugares que conoce dentro y fuera del país			
En sus últimas vacaciones ¿qué actividad ha realizado?			
Viajes realizados por miembros de la familia en los dos últimos años:			
Parentesco	Lugar	Motivo	Tiempo
Varios			
Compran en su casa:	Revistas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Periódicos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		Nombre de la Revista(s)	
		Nombre del Periódico(s)	
		Diario <input type="checkbox"/>	
		Semanal <input type="checkbox"/>	
		Mensual <input type="checkbox"/>	
Declaro que los datos consignados en esta Ficha se ajustan a la verdad de mi realidad social y económica y que sólo podrán ser utilizados por Tecsup, para efectos de la asignación de la categoría de pago que me corresponda o en caso solicite Crédito Educativo.			

Fecha: _____

Firma postulante _____

Firma _____ (Padre de Familia o apoderado en caso ser menor de edad)