CORPORACIÓN EDUCACIONAL MASÓNICA DE CONCEPCIÓN

Solicitud N°_____

SOLICITUD DE BECA ESCOLAR
COLEGIO CONCEPCIÓN CHIGUAYANTE
AÑO LECTIVO 2027

Fecha de inicio : 02 de noviembre 2026
Fecha de término : 16 de noviembre 2026

I. REGLAMENTO BECAS FINANCIAMIENTO COMPARTIDO DE LA CORPORACIÓN EDUCACIONAL MASÓNICA DE CONCEPCIÓN

Se adjunta Reglamento de Becas.

II. DE LOS REQUISITOS PARA POSTULAR

Podrán postular a la beca socioeconómica los estudiantes nuevos y antiguos del Colegio. Los estudiantes nuevos deberán haber realizado el proceso de postulación y haber sido aceptados por el establecimiento.

La postulación será una por grupo familiar y deberá presentarse respecto de un estudiante, aun cuando existan hermanos en el Colegio. El apoderado económico deberá completar el formulario de postulación y enviarlo, junto con los antecedentes requeridos, al correo electrónico publicado por el Colegio, dentro del plazo informado.

La solicitud deberá acompañarse de los siguientes documentos:

1. Copia de la cédula de identidad del responsable financiero y copia de la cédula de identidad o certificado de nacimiento del estudiante.
2. Copia de las tres últimas liquidaciones de remuneraciones de los integrantes del grupo familiar y antecedentes de otros ingresos o aportes, cuando corresponda.
3. Certificado anual de cotizaciones de AFP de los integrantes del grupo familiar a quienes corresponda.
4. Cuando proceda, acta de mediación familiar relativa al cuidado personal o alimentos; certificado de calidad de pensionado con seguro social por invalidez; finiquito legalizado o anexo de reducción o suspensión laboral; carpeta tributaria electrónica para renta del último período tributario; y cartola del Registro Social de Hogares.
5. En caso de enfermedad o discapacidad, certificado médico y/o certificado de medicina preventiva de invalidez e informe médico, si corresponde conforme a los antecedentes informados.

La Comisión de Becas podrá solicitar antecedentes adicionales y se apoyará en el informe de una asistente social para verificar la situación económica de la familia. Las postulaciones que, al vencimiento del plazo, no contengan la documentación requerida no serán consideradas en la evaluación.

Para renovar la beca deberá presentarse una nueva postulación con los antecedentes actualizados. El cumplimiento de los requisitos de postulación no garantiza su otorgamiento, el que dependerá de la evaluación y de la disponibilidad del Fondo de Becas.

III. IDENTIFICACIÓN DE LA POSTULACIÓN:

Antecedente	Información declarada
Fecha de presentación	
Nombre completo del estudiante postulante	
RUT del estudiante	
Curso	
Sede del Colegio	

IV. APODERADO ECONÓMICO

Antecedente	Información declarada
Nombre completo	
RUT	
Profesión u oficio	
Lugar de trabajo / empleador	
Teléfono	
Dirección	
Sector	
Comuna / ciudad	
Renta bruta mensual ($)	
Otros ingresos mensuales ($)	

V. DATOS DEL PADRE Y LA MADRE

Antecedente	Información declarada
Nombre del padre	
Profesión u oficio del padre	
Lugar de trabajo / empleador del padre	
Renta bruta mensual del padre ($)	
Otros ingresos del padre ($)	
Nombre de la madre	
Profesión u oficio de la madre	
Lugar de trabajo / empleador de la madre	
Renta bruta mensual de la madre ($)	
Otros ingresos de la madre ($)	

VI. INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

Nombre y parentesco	Oficio / empleador	Renta bruta mensual ($)	Otros ingresos ($)

VII. SITUACIÓN FAMILIAR Y BENEFICIOS

Antecedente	Información declarada
Total de integrantes del grupo familiar	
Total de hijos estudiantes	
Registro Social de Hogares: sí / no	

Porcentaje o tramo del Registro Social de Hogares	
Subsidio o programa del Estado: indique cuál	

VIII. HIJOS Y OTROS INTEGRANTES QUE ESTUDIAN

Colegio / universidad / instituto	Curso / carrera	Mensualidad ($)

IX. VIVIENDA

Antecedente	Información declarada
Tipo: propia / arrendada / allegados / cedida	
Si es propia: dividendo mensual ($)	
Si es arrendada: canon mensual ($)	
Si son allegados: ¿con quién?	
Si es cedida: ¿por quién?	

X. SISTEMA Y ANTECEDENTES DE SALUD

Antecedente	Información declarada
Sistema de salud: Fonasa / Isapre	
Enfermedad catastrófica o discapacidad del estudiante o familiar directo del hogar, si corresponde	
Duración, si corresponde	
Tratamiento, si corresponde	

Los antecedentes de salud son sensibles. Inclúyalos cuando corresponda y contando con las autorizaciones pertinentes; no consigne información ajena a esta postulación.

XI. DOCUMENTOS Y RESPALDOS QUE SE ACOMPAÑAN

Marque una sola opción por documento. "No aplica" se utiliza únicamente para los antecedentes condicionados a la situación de la familia.

Documento / condición	Incorporado	No aplica
Formulario de postulación completo (General)	☐	☐
Carta explicativa dirigida al presidente de la Comisión de Becas (Formulario 2027)	☐	☐
Copia de la cédula de identidad del responsable financiero (General)	☐	☐
Copia de la cédula o certificado de nacimiento del estudiante (General)	☐	☐
Tres últimas liquidaciones de remuneraciones de los integrantes del grupo familiar (Para quienes corresponda)	☐	☐
Antecedentes de otros ingresos o aportes al patrimonio o flujo mensual (Si corresponde)	☐	☐
Acta de mediación familiar sobre cuidado personal o alimentos (Si se requiere)	☐	☐

Certificado de calidad de pensionado con seguro social por invalidez (Si se requiere)	☐	☐
Finiquito legalizado o anexo de reducción o suspensión laboral (Si corresponde)	☐	☐
Carpeta tributaria electrónica para renta del último período tributario (Si hay trabajo independiente)	☐	☐
Certificado anual de cotizaciones AFP de los integrantes (Para quienes corresponda)	☐	☐
Certificado médico y/o certificado de medicina preventiva de invalidez e informe médico (Enfermedad o discapacidad, si amerita)	☐	☐
Cartola del Registro Social de Hogares (Si corresponde)	☐	☐
Certificado de subsidio o programa del Estado (Si se informa)	☐	☐
Certificado de avalúo fiscal de vivienda propia (Si corresponde)	☐	☐
Contrato de arriendo y comprobante de pago (Si corresponde)	☐	☐
Boleta o comprobante del dividendo de la vivienda propia (Si corresponde)	☐	☐
Boleta o comprobante del canon de arriendo (Si corresponde)	☐	☐
Respaldo de Fonasa (Si corresponde)	☐	☐
Antecedentes médicos por enfermedad y/o discapacidad (Si corresponde)	☐	☐
Otros antecedentes adicionales no solicitados expresamente ¿Cuáles?	☐	☐

XII. PRIVACIDAD, CONFIDENCIALIDAD Y TRATAMIENTO DE ANTECEDENTES

La Corporación Educacional Masónica de Concepción informa que los datos personales y documentos entregados serán tratados exclusivamente para evaluar y resolver la postulación a la beca escolar del año lectivo 2027 y, cuando corresponda, su apelación.

Para verificar la situación socioeconómica del grupo familiar, los antecedentes pertinentes serán entregados a asistentes sociales externas contratadas específicamente para este procedimiento. Estas profesionales emitirán un informe y una recomendación para la Comisión de Becas, a la que corresponde resolver la solicitud.

Los antecedentes serán confidenciales y solo podrán ser conocidos por quienes deban intervenir en el procedimiento. Las personas que participen en su tratamiento deberán guardar secreto, incluso después de finalizar sus funciones. La información no será utilizada para otros fines ni comunicada a terceros distintos de los indicados, salvo autorización del titular o que la ley lo permita o exija.

Los titulares podrán solicitar información sobre sus datos y, cuando corresponda, su modificación, eliminación o bloqueo. También podrán revocar por escrito la autorización otorgada, sin efecto retroactivo, mediante una presentación dirigida a **corporacion1@coemco.cl**

XIII. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro que la información y los documentos entregados son fidedignos y corresponden a la situación informada de mi grupo familiar. Asimismo, declaro conocer el carácter confidencial de los antecedentes y me comprometo a respetarlo.

Habiendo sido informado de lo señalado en la cláusula anterior, autorizo expresamente el tratamiento de mis datos personales y su comunicación a las asistentes sociales externas para las finalidades allí indicadas.

Respecto de los integrantes adultos de mi grupo familiar cuyos datos se proporcionan, declaro haberles informado de dichas finalidades y destinatarios y contar con facultades otorgadas por ellos para autorizar, en su representación, el tratamiento y comunicación de sus datos. Respecto de los menores de edad, actúo en la calidad de representante que corresponda.

[ ] Datos de salud, si corresponde: Autorizo expresamente el tratamiento y comunicación de los antecedentes de salud que se acompañan, para la finalidad indicada, respecto de mis propios datos y de aquellos titulares que me hayan conferido facultades para ello.

Antecedente	Información declarada
Nombre del apoderado económico	
Cédula de identidad	
Firma del apoderado económico	
Fecha	

****NO SE RECIBIRAN SOLICITUDES QUE NO CONTENGAN TODA LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO**