



# UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL RIO CENEPA

## FICHA SOCIO-ECONÓMICA

### I. DATOS DE IDENTIFICACION DEL/LA ESTUDIANTE

FECHA: .....

APELLIDOS y NOMBRES:				SEXO: M ( ) F ( )
FECHA DE NACIMIENTO: (dd/mm/aaaa):	...../...../.....	AÑO QUE CURSA:	.....	
DIRECCIÓN / DOMICILIO: .....		SECTOR: .....	TIPO/SANGRE:.....	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE: .....		E-MAIL: .....	CELULAR: .....	

### II. REALIDAD FAMILIAR (Personas con las que vive el/la estudiante)

Nº. DE MIEMBROS DE LA FAMILIA ( )

Nombres y Apellidos	Parentesco	Fecha de Nacimiento	C. I.	Instrucción	Profesión / Ocupación	Religión que practica	Lugar de trabajo / Estudio
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

### III. ESTADO CIVIL DE LOS PADRES / REPRESENTANTE:

Padre:	Soltero ( )	Matrimonio civil ( )	Matrimonio Eclesiástico ( )	Unión Libre ( )	Divorciado ( )	Viudo ( )
Madre:	Soltero ( )	Matrimonio civil ( )	Matrimonio Eclesiástico ( )	Unión Libre ( )	Divorciado ( )	Viudo ( )
Representante	Soltero ( )	Matrimonio civil ( )	Matrimonio Eclesiástico ( )	Unión Libre ( )	Divorciado ( )	Viudo ( )

En caso de necesidad, comunicarse con:

Nombres y Apellidos	Nº Celular	Nº Teléfono del trabajo	E-mail

El estudiante está a cargo de: Papá y Mamá ( ) Solo papá ( ) Solo mamá ( ) Abuelito/a ( ) Otro ( ) ¿Quién?.....

Si no vive con papá y/o mamá, indique las razones:

Divorcio ( ) Madre Soltera ( ) Fallecimiento ( ) Abandono ( ) Vive en otra ciudad ( ) Otro País ( )

### IV. SITUACION ECONÓMICA FAMILIAR

INGRESOS MENSUALES DE LA FAMILIA		EGRESOS MENSUALES DE LA FAMILIA	
Aporte del padre	\$	Alimentación (mercado, supermercado, colaciones, refrigerios y viandas)	\$
Aporte de la madre	\$	Vestuario	\$
Aporte otros familiares	\$	Vivienda ( arriendo, hipoteca, alicuotas)	\$
Rentas	\$	Servicios Básicos ( agua, energía eléctrica, teléfono, internet )	\$
Bono de Desarrollo Humano	\$	Salud (medicamentos, exámenes médicos, seguros: privado, voluntario)	\$
Otros	\$	Educación (pensiones, guardería, uniformes, útiles escolares )	\$
		Transporte (transporte público, transporte escolar, combustible)	\$
		Créditos (bancos, cooperativas, tarjetas de crédito)	\$
		Pensiones judiciales	\$
		Otros gastos (recreación, televisión por cable, etc.)	\$
TOTAL DE INGRESOS	\$	TOTAL DE EGRESOS	\$

V. VIVIENDA

<b>TIPO:</b>		<b>TENENCIA:</b>		<b>SECTOR:</b> ( )	
Casa ( )		Propia sin hipoteca ( )		Urbano ( )	
Villa ( )		Propia con hipoteca ( )		Urbano Marginal ( )	
Departamento ( )		Arrendada ( )		Otro Cantón ( )	
Media Agua ( )		Prestada ( )		Rural ( )	
Cuartos ( )				<b>MIEMBROS DE FAMILIA QUE UTILIZAN UNA HABITACIÓN</b>	
				Una persona por habitación ( )	
				Dos o más personas por habitación ( )	

<b>SERVICIOS BÁSICOS</b>		<b>BIENES QUE POSEE</b>			
Agua: Potable ( )		Vehículo/s	1 ( )	Marca: .....	Año: ..... Valor Comercial: \$ .....
Entubada ( )			2 ( )	Marca: .....	Año: ..... Valor Comercial: \$ .....
Otros .....			3 ( )	Marca: .....	Año: ..... Valor Comercial: \$ .....
Alcantarillado ( )		Terreno/s	1 ( )	Extensión..... Mts2	Valor Comercial: \$ .....
Pozo Séptico ( )			2 ( )	Extensión..... Mts2	Valor Comercial: \$ .....
Energía Eléctrica ( )			3 ( )	Extensión..... Mts2	Valor Comercial: \$ .....
Teléfono Fijo ( )		Casa/s	1 ( )	Área de Construcción.....mts2	Valor Comercial: \$ .....
Teléfono Celular ( )			2 ( )	Área de Construcción.....mts3	Valor Comercial: \$ .....
Internet ( )			3 ( )	Área de Construcción.....mts4	Valor Comercial: \$ .....
<b>OTROS SERVICIOS</b>		Negocio Propio	( )	Especifique: .....	
Computadora ( )					
Tv. Por Cable ( )					

VI. SITUACIÓN DESALUD

Quando requiere de atención médica acude a:	<b>DISCAPACIDAD / MIEMBROS DE FAMILIA:</b>
Seguro Social ( )	SI ( ) NO ( ) Nombres: .....
Seguro Privado ( )	Grado de discapacidad .....% Nº de Carnet CONADIS: .....
Centro de Salud Publico ( )	Tipo de discapacidad: .....
Centro de Salud Privado ( )	<b>ENFERMOS CRÓNICOS AL INTERIOR DE LA FAMILIA:</b>
Otros ( ) Especifique:	SI ( ) NO ( ) Nombres: .....
.....	Grado de discapacidad .....% Nº de Carnet CONADIS: .....
.....	Tipo de enfermedad: .....

VII. GASTOS DEL ESTUDIANTE

QUIEN CUBRE LOS GASTOS DEL / LA ESTUDIANTE

Papá y Mamá ( ) Sólo Papá ( ) Sólo Mamá ( ) Otros: .....

Estudiante recibió beca anteriormente? Si ( ) No ( )

DECLARACIÓN:

- 1. DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA A LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL RÍO CENEPA ES VERÍDICA, NO ADOLECE DE FALSEDAD U OMISIÓN.
- 2. FACULTO A LA INSTITUCIÓN REVISAR Y COMPROBAR LOS DATOS PROPORCIONADOS EN CUALQUIER FUENTE DE INFORMACIÓN, INCLUIDO EL SISTEMA PÚBLICO AUTORIZADO EN EL PAIS.
- 3. EN CASO DE FALSEDAD U OMISIÓN DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA, ACATARÉ LAS DISPOSICIONES IMPUESTAS POR LA INSTITUCIÓN

Gualaquiza, .....de.....de 2025

FIRMA DEL PADRE, MADRE O REPRESENTANTE

¡Gracias por su colaboración!