

	Escuela de Dietética y Nutrición	Hoja 1 de 10	
	Dirección	Código: FRM-SNA-UCE-13	
	Subdirección de Niveles Académicos	Versión: 05	
	Solicitud de Beca	Fecha de revisión: 10/07/2023	

Esta Solicitud de Beca será empleada para la realización de la evaluación socioeconómica. La información vertida se maneja en forma confidencial. Al firmar y entregar para su trámite, aceptas que sea verificada la información que proporcione y estás enterado de que de no ser verídica la **solicitud quedará cancelada**.

Proporciona los datos que aquí se requieren con claridad y que informe oportunamente cualquier cambio de domicilio, situación o condición académica, socioeconómica o dato proporcionado en esta solicitud.

Favor de llenar con letra de molde y es necesario completar todos los espacios y en caso de que no proceda alguna pregunta poner NP. **Las solicitudes que presenten documentación incompleta NO serán recibidas y al entregar la Solicitud favor de anexar copias de los documentos que adelante lo indica.**

Primera vez () Incremento ()

Renovación de estudio socioeconómico ()

Datos personales

Pegar foto reciente	Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre (s)		
	Número de Control		Semestre que Cursa		Promedio Global		Promedio de Bachillerato si eres de Nuevo Ingreso		
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		CURP		Edad		Estado Civil	
						M F		Soltero Casado	
Domicilio			Calle				No. Ext.		No. Int.
Colonia			Código Postal		Alcaldía o Municipio			Entidad Federativa	
Teléfono Particular		Celular		E-mail			Nacionalidad		
¿Cuenta actualmente con alguna Beca o Financiamiento para estudiar en la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE?							SI		NO
En caso de ser afirmativa la pregunta anterior, ¿Quién lo otorga? y ¿Cuál es el importe?									
Además de los estudios que cursa en la Escuela, ¿Está inscrito en algún otro curso o carrera?								SI	NO

	Escuela de Dietética y Nutrición	Hoja 2 de 10	
	Dirección	Código: FRM-SNA-UCE-13	
	Subdirección de Niveles Académicos	Versión: 05	
	Solicitud de Beca	Fecha de revisión: 10/07/2023	

¿Cuál?	¿En qué Institución?
¿De quién dependes económicamente?	
Desde tu expectativa ¿Cuál es el porcentaje de beca que requieres?	

Datos familiares

1. ¿Cuántos Integrantes son en tu familia contándote a ti? 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () más ()

Datos del Padre:

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)		
Vive:	SI	NO	Edad Mensual	Lugar y Fecha de Nacimiento	Profesión, Oficio u Ocupación	Ingreso Promedio
Domicilio Actual: Calle			No. Ext.	No. Int.		
Colonia		Código Postal	Alcaldía o Municipio		Entidad Federativa	
Teléfono Particular	Celular	E-mail	Nacionalidad			

Nombre de la Empresa: _____

Dirección de la Empresa		Calle	Número exterior	Número interior	
Colonia		Código Postal	Alcaldía o Municipio		Entidad Federativa
Teléfono particular	Celular	E-mail	Antigüedad		



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

Escuela de Dietética y Nutrición

Hoja 3 de 10

Dirección

Código:
FRM-SNA-UCE-13

Subdirección de Niveles Académicos

Versión: 05

Solicitud de Beca

Fecha de revisión:
10/07/2023



EDN ESCUELA DE DIETÉTICA
Y NUTRICIÓN

Dr. José Quintín Olascoaga Moncada
Fundada en 1945

• **Datos de la Madre:**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (S)

Vive: SI NO			
Edad Mensual	Lugar y Fecha de Nacimiento	Profesión, Oficio u Ocupación	Ingreso Promedio

Domicilio Actual: Calle		No. Ext.	No. Inti.
-------------------------	--	----------	-----------

Colonia	Código Postal	Delegación O Municipio	Entidad Federativa
---------	---------------	------------------------	--------------------

Teléfono Particular	Celular	E-mail	Nacionalidad
---------------------	---------	--------	--------------

Nombre de la Empresa: _____

Dirección de la Empresa	Calle	Número exterior	Número interior
-------------------------	-------	-----------------	-----------------

Colonia	Código postal	Alcaldía o Municipio	Entidad federativa
---------	---------------	----------------------	--------------------

Teléfono particular	Celular	E-mail	Antigüedad
---------------------	---------	--------	------------

• **Tutor: (llenar en caso de que sea diferente al Padre o Madre)**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (S)

Vive: SI NO			
Edad Mensual	Lugar y Fecha de Nacimiento	Profesión, Oficio u Ocupación	Ingreso Promedio

Domicilio Actual: Calle		No. Ext.	No. Inti.
-------------------------	--	----------	-----------

Colonia	Código Postal	Alcaldía o Municipio	Entidad Federativa
---------	---------------	----------------------	--------------------

Teléfono Particular	Celular	E-mail	Nacionalidad
---------------------	---------	--------	--------------

 ISSSTE <small>INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</small>	Escuela de Dietética y Nutrición	Hoja 4 de 10	 EDN ESCUELA DE DIETÉTICA Y NUTRICIÓN <small>Dr. José Quintín Olascoaga Moncada Fundada en 1945</small>
	Dirección	Código: FRM-SNA-UCE-13	
	Subdirección de Niveles Académicos	Versión: 05	
	Solicitud de Beca	Fecha de revisión: 10/07/2023	

Nombre de la Empresa: _____

Dirección de la Empresa		Calle	Número exterior	Número interior
Colonia	Código postal	Alcaldía o Municipio	Entidad federativa	
Teléfono particular	Celular	E-mail	Antigüedad	

• **Cónyuge: (llenar en caso de ser casado o vivir en unión libre)**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (S)
Vive:	SI	NO	Edad Mensual	Lugar de Nacimiento
Profesión, Oficio u Ocupación		Ingreso Promedio		
Domicilio Actual: Calle		No. Ext.	No. Int.	
Colonia	Código Postal	Alcaldía o Municipio	Entidad Federativa	
Teléfono Particular	Celular	E-mail	Nacionalidad	

Nombre de la Empresa: _____

Dirección de la Empresa		Calle	Número exterior	Número interior
Colonia	Código postal	Alcaldía o Municipio	Entidad federativa	
Teléfono particular	Celular	E-mail	Antigüedad	

	Escuela de Dietética y Nutrición	Hoja 5 de 10	
	Dirección	Código: FRM-SNA-UCE-13	
	Subdirección de Niveles Académicos	Versión: 05	
	Solicitud de Beca	Fecha de revisión: 10/07/2023	

2. Si tienes hermanos (solo si el gasto en su educación impacta en tu economía) y/o hijos, proporciona los siguientes datos:

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () más ()

Hermano (a)	Hijo (a)	Nombre	Edad	Grado	Escuela o Carrera	Institución Educativa	% Desc. Beca

Ingresos y egresos

3. ¿Quién es el principal sostén económico de su Familia?

Por si Mismo () Madre () Padre () Ambos () Hermano () Hijos ()

Cónyuge o Pareja () Otro Especifique _____

4. Indica quienes aportan al ingreso Familiar (Marca las opciones necesarias)

Padre: \$ _____ Madre: \$ _____ Hermanos: \$ _____

Cónyuge o Pareja: \$ _____ Otro Especifique: \$ _____

5. Si tu Familia recibe otro Tipo de Ingresos, indica el monto y especifica su procedencia.

Rentas: \$ _____ Inversiones: \$ _____ Remesas del Extranjero: \$ _____

Préstamo: \$ _____ Herencia: \$ _____ Otro Especifique: \$ _____

6. De todos los que trabajan en su casa. ¿Cuál es el Ingreso Total al Mes? \$ _____.

7. Anote los Gastos Fijos mensuales por cada concepto y el total.

Concepto	Cantidad Mensual
Luz	\$
Agua	\$
Gas	\$
Teléfono	\$
Renta	\$
Hipoteca	\$
Transporte	\$
Pagares o Préstamo	\$
Alimentación	\$
Gasolina	\$
Salud	\$

Concepto	Cantidad Mensual
Colegiaturas de miembros de la familia que estudien	\$
Gasto de mantenimiento	\$
Vestido	\$
Actividad Recreativa	\$
Suscripciones	\$
Pago de Seguro	\$
Servicios Médicos	\$
Medicamentos	\$
Otro Especificar: _____	\$
Total	

	Escuela de Dietética y Nutrición	Hoja 6 de 10	
	Dirección	Código: FRM-SNA-UCE-13	
	Subdirección de Niveles Académicos	Versión: 05	
	Solicitud de Beca	Fecha de revisión: 10/07/2023	

Aspectos laborales del Alumno

8. ¿Actualmente cuentas con empleo? SI () NO () pase a la pregunta número 16.

9. Nombre de la Empresa _____

Dirección de la Empresa		Número exterior		Número interior	
Calle					
Colonia	Código Postal	Alcaldía o Municipio	Entidad Federativa		
Teléfono particular	Celular	E-mail	Antigüedad		

10. Señala la actividad que desempeñas en tu trabajo así como tu salario mensual: \$_____

Docente () Investigador () Comerciante Independiente () Empleado Federal ()

Empleado de Empresa Privada () Empresario () Obrero () Otro Especifique_____

11. Indica el Tipo de Contratación:

Eventual () Permanente () Por su cuenta ()

12. Indica el número de horas que trabajas a la semana:

De 1 a 15 horas () De 16 a 30 horas () De 30 a 40 horas ()

13. Indica el Turno Laboral:

Matutino () Vespertino () Mixto () Rotativo ()

14. Indica si es el caso, ¿Cuánto aportas usted al ingreso familiar? \$_____

15. ¿Cuánto tiempo estimas que ocupas en el transporte a la Escuela? (Estima sólo el tiempo de casa a la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE)

Menos de 30 min. () Entre 30 min. y una hora () Entre una hora y hora y media ()

Entre hora y media y dos horas () más de dos horas ()

16. Indica los medios de transporte que utilizas para trasladarte a la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE, el número de veces al día que haces uso del transporte y la cantidad de dinero que gastas diariamente:

Transporte	Número de Veces	Cantidad que gastas al día
Metro		\$
Metro Bus		\$
Tren Ligero		\$
Camión		\$

	Escuela de Dietética y Nutrición	Hoja 7 de 10	
	Dirección	Código: FRM-SNA-UCE-13	
	Subdirección de Niveles Académicos	Versión: 05	
	Solicitud de Beca	Fecha de revisión: 10/07/2023	

Automóvil		\$
Pecera		\$
Taxi		\$
Otro Especifique:		\$

Datos socioeconómicos

17. La casa que habitas es: Propia () Rentada () De su Familia () Otra () _____

Propia Valor: \$ _____ Renta (Mensual): \$ _____

18. ¿Con quién compartes la vivienda? (marca las opciones necesarias)

Ambos Padres () Padre () Madre () Hermanos () cuantos _____ Esposo ()

Hijos () cuantos _____ Otro Especifique () cuantos _____

19. Indica con una **X** con que Servicios cuenta el lugar en donde vives.

Concepto	SÍ	NO
Teléfono		
Drenaje		
Calentador de Gas o Eléctrico		
Alumbrado Público		
Calles Pavimentadas		
Recolección Periódica de Basura		
DVD		
Estéreo		
Computadora		
T.V. de Paga		

20. ¿Cuentas con automóvil? SI () NO ()

21. ¿Con cuántos automóviles cuenta la Familia? Ninguno () Uno () Dos () Más de dos ()

22. Indique si el automóvil es propio o familiar, marca y modelo

Automóvil Propio / Familiar	Marca	Modelo

	Escuela de Dietética y Nutrición	Hoja 8 de 10	
	Dirección	Código: FRM-SNA-UCE-13	
	Subdirección de Niveles Académicos	Versión: 05	
	Solicitud de Beca	Fecha de revisión: 10/07/2023	

23. Si deseas hacer algún comentario o especificación sobre las respuestas que has dado a esta Solicitud, a fin de ampliar la información, favor de ocupar el siguiente espacio:

	Escuela de Dietética y Nutrición	Hoja 9 de 10	 <small>Dr. José Quintín Olascoaga Moncada Fundada en 1945</small>
	Dirección	Código: FRM-SNA-UCE-13	
	Subdirección de Niveles Académicos	Versión: 05	
	Solicitud de Beca	Fecha de revisión: 10/07/2023	

24. Elabora por favor un croquis de ubicación domiciliaria y proporciona una breve descripción de ¿cómo llegar de la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE a tu casa? (en caso de requerir más espacio, podrás utilizar la parte posterior de la hoja)

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que toda la información vertida es verídica y acepto que sean verificados en mi domicilio previa cita.

Nombre y Firma del Solicitante

Nombre y Firma de la madre, padre o Tutor

“Tradición y Vanguardía en la Enseñanza de la Nutrición en México”

Nombre y Firma de Recibido
Jefa de la Unidad de Control Escolar

	Escuela de Dietética y Nutrición	Hoja 10 de 10	
	Dirección	Código: FRM-SNA-UCE-13	
	Subdirección de Niveles Académicos	Versión: 05	
	Solicitud de Beca	Fecha de revisión: 10/07/2023	

Presentar para cotejo, junto con la copia (en el caso de recibos o tickets pequeños, fotocopiar varios en una misma hoja) de los siguientes documentos:

Documentación:	Para uso exclusivo de Control Escolar	
	Sí	No
1. CURP		
2. Constancia de Estudios o en su caso copia del Certificado de Estudios de Nivel Medio Superior.		
3. Carta exposición de motivos		
4. Comprobantes de Ingresos de los últimos tres meses de los miembros de la familia que aporten económicamente (recibos de nómina)		
5. Recibos de:		
Teléfono		
Luz		
Agua		
Predio		
Transportes		
Pagares o Préstamos		
Hipoteca		
Renta		
Alimentación		
Gastos de colegiaturas de los miembros de la familia que estudien		
Mantenimiento		
Gas		
Vestido		
Actividad Recreativa		
Suscripciones		
Pago de Seguros		
Servicios Médicos		
Medicamento		
Otro Especificar		
6. En caso de padecer alguna enfermedad o discapacidad el estudiante o el principal proveedor económico o algún otro miembro de la familia en donde el gasto impacte la economía general de la familia.		
Las solicitudes que presenten documentación indispensable incompleta, no serán recibidas.		

*Consulta Aviso Privacidad <https://edn.issste.gob.mx/index.html>