



## FORMULARIO PARA SOLICITAR SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS ESTUDIANTILES

### 1.- ANTECEDENTES GENERALES

#### DATOS DEL ESTUDIANTE

Rut estudiante: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_  
Nombres estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno: \_\_\_\_\_  
Apellido materno: \_\_\_\_\_  
Teléfono (Cód. Área) \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
Celular (09-08-07-06-05) \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### DATOS DE LA CARRERA

Nombre institución \_\_\_\_\_  
Nombre carrera: \_\_\_\_\_  
Año de ingreso: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE BENEFICIOS (marque con X el(los) beneficio(s) que tiene)

<input type="checkbox"/> Gratuidad	<input type="checkbox"/> Hijas/os de Profesionales de la Educación
<input type="checkbox"/> DTE <sup>1</sup> o Puntaje PAES/PDT	<input type="checkbox"/> Reparación - Titular Valech
<input type="checkbox"/> Bicentenario	<input type="checkbox"/> Reparación - Traspaso Valech
<input type="checkbox"/> Juan Gómez Millas	<input type="checkbox"/> Cumplimiento de Sentencias y Acuerdos
<input type="checkbox"/> Vocación de Profesor	<input type="checkbox"/> Continuidad de Estudios para instituciones en cierre (U. del Mar, U. ARCIS, U. Iberoamericana, U. del Pacífico)
<input type="checkbox"/> Excelencia Académica	
<input type="checkbox"/> Nuevo Milenio o Excelencia Técnica	
<input type="checkbox"/> Articulación	

<sup>1</sup> DTE: Distinción a las Trayectorias Educativas



**2.- ANTECEDENTES DE SUSPENSIÓN** (marque con una x los semestres de suspensión)

<b>2025</b>	1° semestre
	2° semestre

**Motivo de Suspensión** (marque con x)

- Embarazo
- Cambio en la situación socioeconómica del grupo familiar
- Jornada Laboral del estudiante impide continuidad de estudios
- Cambio de ciudad de residencia del estudiante
- Falta de carga académica del estudiante que impide continuidad de estudio
- Pasantía en el extranjero
- Problemas de salud del estudiante
- Problemas de salud de un integrante grupo familiar directo
- Cuidado del hijo(a) recién nacido(a)
- Condena Judicial
- Otro

**Declaro conocer que la suspensión de mi(s) beneficio(s) queda sujeta a la aprobación del Ministerio de Educación.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA BENEFICIADO

\_\_\_\_\_  
FECHA DE SOLICITUD

\_\_\_\_\_  
NOMBRE RESPONSABLE  
INSTITUCIÓN

\_\_\_\_\_  
FECHA Y TIMBRE  
INSTITUCIÓN

**Observaciones Institución:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_