



FUNDACION EDUCACIÓN CRISTIANA PENTECOSTAL  
Solicitud de Auxilio Académico

**I. Datos del Solicitante**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Tipo de Identificación: T.I. \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_  
Estado Civil: Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado (a) \_\_\_\_\_ Separado(a) \_\_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_\_ Divorciado  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_  
Nombre del conyugue: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Si usted es miembro de la Iglesia Pentecostal marque x y diligencie los siguientes datos (si aplican):

|        |                          |                   |                          |                |                          |          |                          |
|--------|--------------------------|-------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Pastor | <input type="checkbox"/> | Esposa de pastor: | <input type="checkbox"/> | Hijo de Pastor | <input type="checkbox"/> | Creyente | <input type="checkbox"/> |
|--------|--------------------------|-------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------|--------------------------|

Congregación a la cual Asiste: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
Pastor que le administra: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Depende económicamente de sus padres: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Labora actualmente: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Actividad: \_\_\_\_\_  
Tipo de Contrato: \_\_\_\_\_ Ingresos mensuales \$ \_\_\_\_\_  
(Si es pastor) No de Licencia Ministerial: \_\_\_\_\_  
Congregación que administra \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
Nombre del Supervisor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Si es menor de Edad complete la siguiente información:**

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_  
Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

**Si es hijo(a) de pastor diligencie la siguiente información:**

**No de Licencia Ministerial** \_\_\_\_\_

**Nombre de sus padres:** \_\_\_\_\_

**Teléfonos de contacto:** \_\_\_\_\_

**II. Datos Académicos**

Programa Académico en el cual esta inscrito o realizó solicitud de ingreso:

Nombre de la Institución:

Nivel: Bachillerato \_\_\_\_\_ Técnico \_\_\_\_\_ Tecnológico: \_\_\_\_\_ Universitario \_\_\_\_\_

Modalidad: Presencial: \_\_\_\_\_ Semi-presencial \_\_\_\_\_ Virtual \_\_\_\_\_ A distancia: \_\_\_\_\_

Semestre o ciclo al que ingresa \_\_\_\_\_

**III. Solicitud Económica**

VALOR DEL SEMESTRE \$ \_\_\_\_\_

De cuanto dinero dispone usted \$ \_\_\_\_\_  
Cuanto dinero necesita \$: \_\_\_\_\_

Describa las razones por las cuales solicita el Auxilio académico:

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

Último Grado Cursado \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Numero de cuenta bancaria para el desembolso:

Banco \_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta: \_\_\_\_\_

Numero de Cuenta: \_\_\_\_\_ Titular: \_\_\_\_\_

Nota: Si el beneficiario del Auxilio académico no tiene cuenta bancaria, es necesario adjuntar una carta de autorización indicando el nombre, número de cédula, nombre de la entidad bancaria, tipo y número de cuenta, así como el parentesco con la persona, a la cual se le consignará el valor del auxilio. Enviar toda la documentación a [ayudaseducativasfcp@gmail.com](mailto:ayudaseducativasfcp@gmail.com)

#### IV. Documentos A Anexar

1. Fotocopia de Documento de Identidad
2. Si es menor de edad, fotocopia del padre o madre.
3. Fotocopia de la inscripción al programa académico o recibo de último pago realizado a la institución.
4. Carta de autorización (en caso de no tener cuenta bancaria propia)

#### V. Firmas

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Si el solicitante es menor de edad deben firmar uno de sus padres:

Padre o Madre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Pastor que los administra: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Si es pastor, esposa de pastor o hijo de pastor:

Nombre del Supervisor del distrito: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

|                   |                    |                      |
|-------------------|--------------------|----------------------|
|                   |                    |                      |
| Recibe:<br>Fecha: | Aprueba:<br>Fecha: | Desembolso<br>Fecha: |