



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(s) beneficio(s) que tiene)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gratuidad | <input type="checkbox"/> Hijas/os de Profesionales de la Educación |
| <input type="checkbox"/> DTE ¹ 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 | |

¹ DTE: Distinción a las Trayectorias Educativas



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

2026	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:
