|  |
| --- |
| 1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL/LA CADETE:**
 |
| APELLIDOS Y NOMBRES: |  | **FOTO ACTUAL** |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: |  |  |
| EDAD (AÑOS Y MESES): |  |
| CÉDULA DE IDENTIDAD: |  |
| DIRECCIÓN DOMICILIARIA: |  |
| SECTOR: |  |
| CORREO ELECTRÓNICO: |  |
| AÑO LECTIVO: |  |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE:**
 |
| APELLIDOS Y NOMBRES: |  | **FOTO ACTUAL** |
| EDAD ACTUAL: |  |  |
| CÉDULA DE IDENTIDAD: |  |
| DIRECCIÓN DOMICILIARIA: |  |
| SECTOR: |  |
| PARENTESCO: |  |
| CONTACTO: |  |
| OCUPACIÓN U OFICIO ACTUAL: |  |
| CORREO ELECTRÓNICO: |  |

|  |
| --- |
| 1. **SITUACIÓN FAMILIAR**
 |
| NÚMERO DE INTEGRANTES EN EL HOGAR: |  | ESTADO CIVIL DE LOS PADRES: |  |
| PRINCIPAL CUIDADOR/A DEL CADETE EN EL HOGAR: |  | CONTACTO DEL CUIDADOR/A: |  |
| SITUACIÓN LABORAL DE MADRE Y/O REPRESENTANTE: |  | SITUACIÓN LABORAL DE PADRE Y/O REPRESENTANTE: |  |
| ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA ENFRENTA PROBLEMAS LEGALES O SOCIALES. EJEMPLO; DEMANDA DE ALIMENTOS U OTROS (ESPECIFICAR): | SI ( )NO ( ) | ¿QUIÉN/QUIENES?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. **CONTEXTO FAMILIAR (Detalle los datos solicitados por jerarquía)**
 |
| NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | PARENTESCO | NIVEL DE INSTRUCCIÓN | OFICIO U OCUPACIÓN | LUGAR DE TRABAJO (SI APLICA) | TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECE Y/O DISCAPACIDAD |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **VIVIENDA Y SERVICIOS:**
 |
| PROPIA ( ) ALQUILADA ( ) PRESTADA ( ) HIPOTECADA ( ) |
|  |
| SERVICIOS QUE DISPONE: |
| LUZ ELÉCTRICA ( ) AGUA POTABLE ( ) TELÉFONO ( ) TV POR CABLE ( ) |
| CELULAR ( ) COMPUTADOR/INTERNET ( ) OTROS ( ): |
| OBSERVACIONES: |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **REFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS GENERALES: (INGRESOS Y EGRESOS DEL HOGAR)**
 |
| INGRESOS APROXIMADOS: |  | EGRESOS APROXIMADOS: |  |
| MADRE: |  | DEFICIT/SUPERÁVIT: |  |
| PADRE: |  | PERSONAS QUE APORTAN ECONÓMICAMENTE EN LA VIVIENDA: |  |
| OTROS: |  | PERSONAS QUE ESTUDIAN EN EL NÚCLEO FAMILIAR DIRECTO: |  |
|  |
| ALIMENTACIÓN: |  |
| SALUD: |  |
| VIVIENDA: |  |
| EDUCACIÓN: |  |
| SERVICIOS BÁSICOS: |  |
| OBLIGACIONES FINANCIERAS: |  |
| TRANSPORTE: |  |
| OTROS (Vestimenta, recreación gastos familiares): |  |
| **VALOR TOTAL** |  |

Adjuntar la documentación correspondiente de acuerdo a sus ingresos (tres últimos roles de pago, aportaciones del IESS de ser empleado dependiente. En caso de ser dueño de su propio negocio adjuntar RIMPE o RUC).

|  |
| --- |
| 1. **SALUD:**
 |
| DISCAPACIDAD: TIPO: PORCENTAJE: |
| RECIBE ATENCIÓN MÉDICA:MSP ( ) CENTRO MÉDICO PARTICULAR ( ) SEGURO SOCIAL/IESS ( ) SEGURO ISSFA ( )  |
| MANTIENE CONTROL MÉDICO DE FORMA: ANUAL ( ) TRIMESTRAL ( ) DE SER NECESARIO ( )  |
| PRESENTA ALERGIAS A:  |
| MEDICAMENTOS | ( ) | CUÁLES: |
| ALIMENTOS | ( ) | CUÁLES: |
| CONDICIONES CLIMÁTICAS | ( ) | CUÁLES: |
| OTROS | ( ) | CUÁLES: |
| ENFERMEDADES GRAVES: | SI ( ) | NO ( ) | DIAGNÓSTICO: |

|  |
| --- |
| **VIII. HISTORIAL EDUCATIVO:** |
| 1. **DATOS DE INGRESO**
 |
| CADETE NUEVO ( ) PROMOCIÓN ANTERIOR ( ) ANTIGUO ( ) |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA QUE PROCEDE: |
| MOTIVO DEL CAMBIO: |
| FECHA DE INGRESO POR PRIMERA VEZ A LA INSTITUCIÓN: |
| CURSO/PARALELO: |
| EL ESTUDIANTE A PERDIDO AÑOS: SI ( ) NO ( ) |
| ESPECIFÍQUE CUÁL/ES:  |
|  |
| 1. **DATOS DE BECAS Y BENEFICIOS**
 |
| **Tipo de beca otorgada:** |
| HIJO/A DE MILITAR ACTIVO ( ) POR ENFERMEDAD CATASTRÓFICA ( ) MÉRITOS ACADÉMICO ( ) |
| HIJO/A DE MILITAR PASIVO ( ) HÉROES YHERIONAS ( ) EXCELENCIA DEPORTIVA ( ) |
| DESCUENTO DE HERMANOS ( ) HIJO/A DE SERVIDORES DE LA INSTITUCIÓN ( )  |
| OTROS: |
| PORCENTAJE DE BECA OTORGADO: ( %)  |
| HERMANOS/AS EN LA INSTITUCIÓN: SI ( ) NO ( ) ¿CUÁNTOS? ( ) |

|  |
| --- |
| **R. ACADÉMICOS** |
| **ASIGNATURA/AS QUE MUESTRA DIFICULTAD/ES:** |
|  |
| **CAUSAS:** |
| **SOLUCIONES QUE HA BUSCADO LA FAMILIA:** |
| **DIGNIDADES ALCANZADAS:** |
| **LOGROS ACADÉMICOS:** |
| **PASATIEMPOS:** |
| **OBLIGACIONES FAMILIARES CON LAS QUE CUMPLE EL/LA CADETE:** |
|  |
| **S. FIRMA DE RESPONSABILIDAD** |
| **REPRESENTANTE:** Certifico que la información proporcionada es verídica y autorizo al personal del Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) de la Unidad Educativa de Fuerzas Armadas Colegio Militar Nro. 13 "PATRIA" a verificar los datos ingresados, en caso de ser requerido.**INSTITUCIÓN EDUCATIVA/TRABAJADORA SOCIAL - DECE:** Se garantiza que la información proporcionada es estrictamente confidencial y será utilizada únicamente para fines institucionales. Solo las autoridades competentes podrán acceder a esta información en el marco de sus responsabilidades. Es fundamental que el/la representante del/de la cadete responda con claridad, ética y veracidad durante la entrevista, ya que esta información es esencial para el análisis socioeducativo.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA DEL REPRESENTANTEC.I.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**NOTA:** Este documento debe ser llenado, impreso y entregado con sus respectivos anexos en el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) y a la trabajadora social de la institución.