



La mejor opción financiera del gremio médico

NIT 890905574-1

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN BECA GILBERTO ARANGO OROZCO

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS			DOCUMENTO DE IDENTIDAD	C.C	T.I	C.E
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	TELÉFONO	CELULAR			
CORREO ELECTRONICO	EMPRESA DONDE LABORA		TELÉFONO			

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS			DOCUMENTO DE IDENTIDAD	C.C	T.I	C.E
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO CON EL ASOCIADO	CELULAR	
	DÍA	MES	AÑO			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRONICO			

INFORMACION INSTIUCIÓN EDUCATIVA

NOMBRE INSTITUCIÓN		OFICIAL		PRIVADA	
NOMBRE PROGRAMA (CARRERA)		JORNADA			
		DIURNA		NOCTURNA	
DURACIÓN DEL PROGRAMA SEMESTRES		SEMESTRE ACTUAL		CIUDAD DONDE ESTUDIA	

NOTA

La beca tiene un valor máximo por semestre de **6 SMLMV**, el valor adicional será asumido por el estudiante, además cubre exclusivamente los semestres estipulados en el currículo de la carrera, incluyendo el año de internado para los estudiantes de medicina. El beneficiario deberá tomar la totalidad de materias, en caso contrario, él asumirá los semestres adicionales.

Más información en el portal **Web:** <https://www.comedal.com.co/beca-gilberto-arango-orozco/>
Beneficios Beca Gilberto Arango Orozco

Declaro que conozco el reglamento de las becas y me comprometo a cumplir con lo dispuesto en él.

FIRMA DEL ASOCIADO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
BECA GILBERTO ARANGO OROZCO**REQUISITOS PARA LA POSTULACIÓN A LA BECA**

La solicitud de inscripción deberá ser presentada por escrito, debidamente diligenciada y firmada tanto por el asociado como por el estudiante.

Tener una antigüedad en COMEDAL mínima de un (01) año a la fecha de la inscripción.

No presentar saldos pendientes ni obligaciones vencidas con la Cooperativa, durante los últimos 6 meses.

Tener una línea de ahorro o crédito activa y efectiva con la Cooperativa.

Si es ahorrador, deberá cumplir al menos una de las siguientes condiciones:

- Mantener un promedio de ahorro mensual de \$500.000 en la Cooperativa durante el último trimestre, o
- Contar con un CDAT's vigente por un valor mínimo de \$7.000.000, a un plazo mínimo de nueve (9) meses.

No podrá inscribirse quien actualmente sea beneficiario de otra beca, aun cuando esta corresponda a un beneficio diferente.

REQUISITOS PARA EL ESTUDIANTE BENEFICIADO DE LA BECA

Quienes resulten beneficiados en el sorteo, tienen un plazo máximo de treinta (30) días calendario, a partir de la fecha de notificación, para presentar los siguientes documentos:

Certificado de la institución educativa, donde señale el nivel que cursará y el número total de semestres según el pensum.

Liquidación de la matrícula o documento equivalente, de la institución donde fue admitido y a la cual se le hará el pago.

Certificado de calificaciones del período académico inmediatamente anterior, (semestre o año), que indique el promedio obtenido. (Para estudiantes, que han ingresado a educación superior, con una nota mínima de tres con cinco (3.5)) y, para los que ingresaran por primera vez a la universidad, este promedio será el obtenido en el grado 11 de educación media.

ESPACIO PARA COMEDAL

FECHA DE INGRESO A COMEDAL	DÍA	MES	AÑO	NOMBRE DEL EMPLEADO QUE RECIBE LA INSCRIPCIÓN
----------------------------	-----	-----	-----	---

OFICINA DONDE SE RECIBE LA SOLICITUD**FECHA DE RECIBO****NOMBRE OFICINA Y REGIÓN:**

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, autorizo como Titular de los datos, para que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA - COMEDAL, para su tratamiento, el cual podrá incluir la recolección, almacenamiento, uso, circulación y destinación final con la finalidad de que el ganador de la Beca de educación formal Gilberto Arango Orozco, aprueba la participación en actividades sociales, verificación de datos y requisitos, invitación a eventos, envío de comunicaciones y contacto a través de los medios registrados, publicidad propia, transmisión y transferencia de datos con terceros como aliados comerciales e institucionales de la Cooperativa, instituciones de educación superior, patrocinadores o con terceros con los cuales se entable relaciones para la gestión de la beca. De igual modo, como Titular, quedo informado de que, por tratarse de datos de carácter sensible, no estoy obligado a autorizar dicho tratamiento; y además, puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA - COMEDAL, a la dirección de correo electrónico protecciondatos@comedal.com.co, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a CR 48 20 34 Centro Empresarial Ciudad del Río Piso 15, MEDELLÍN.

FIRMA DEL ESTUDIANTE