



**CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A. C.**  
**Oficina de Becas**

FECHA :

DÍA / MES / AÑO

**ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**

**I. Miembros que habitan el domicilio familiar, y nivel educativo (incluir al solicitante)**

Nombre	Parentesco	Primaria		Secundaria		Bachillerato		Comercial / Técnica		Licenciatura		Posgrado		Observaciones
		Pub	Priv	Pub.	Priv.	Pub	Priv	Pub	Priv.	Pub	Priv	Pub	Priv.	

I. a) ¿Alguno de los miembros que habitan el domicilio familiar cuenta con algún tipo de apoyo para estudiar? Si  No

**I. b) De ser afirmativa la respuesta, Proporcione por favor la información que se le solicita:**

Nombre del beneficiario de los apoyos	Tipo de Apoyos		Monto mensual	Institución que lo brinda
	Beca	Crédito		

**II. Tipo de vivienda**

Propia	<input type="checkbox"/>	Hipotecada	<input type="checkbox"/>	Monto de la hipoteca	\$
Pagada	¿Escriturada?		¿Libre de Gravamen?		Nombre de la Institución a la que se le paga el inmueble, en su caso. → → → → → → → →
	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Rentada		Monto del pago mensual de la renta → → → → → → → →	\$	Nombre de quien suscribe el contrato → → → → → →	

**II. a) Describa la distribución de la vivienda**

**II. b) En caso de poseer algún otro bien inmueble conteste lo siguiente:**

Tipo de inmueble \_\_\_\_\_  
Valor aproximado \$ \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle y numero Colonia C.P. Delegación o municipio Entidad o Estado



**CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A. C.**  
**Oficina de Becas**

FECHA :

DIA / MES / AÑO

**ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**

III. Servicio Médico (Marque con una "x" el tipo de servicio médico con el que cuenta su familia)		IV. Gastos familiares (Estimados Mensuales)				V. Tarjetas de crédito	
En caso de otros especifique ↓		Concepto	Monto	Concepto	Monto	Nombre del miembro familiar	Institución bancaria que otorga la tarjeta
IMSS		Alimentos y Despensa		Luz			
		Servicio doméstico		Agua			
PRIVADO		Seguro (auto, vida y personales)		Gas			
		Colegiaturas		Teléfono			
		Gastos Médicos		Celular			
ISSSTE		Medicamentos		Internet			
		Libros, fotocopias		T. V. Cable			
		Transporte		Vigilancia			
		Vestuario y calzado		Renta			
OTROS		Mantenimiento (Auto, casa)		Predio			
		Gasolina		Préstamos bancarios			
		Otros gastos		Autofinanciamientos			
TOTAL					\$		

VI. Actividades Culturales y Recreativas					VII. Ingresos Familiares (Netos Mensuales)					VIII. Marque con una "X", la actividad económica que realizan sus padres y/o tutores:		
Conciertos	Exposiciones	Cine	Nombre	Parentesco	Comprobables	NO Comprobables	Tipo de Actividad económica	OBSERVACIONES	Actividad Económica:	Documentos que deberá presentar para cada caso:		
Conferencias	Teatro	Otros			\$	\$			(A) Si trabaja en empresa o institución →	Copia de los recibos de pago de los últimos 3 meses que contengan: antigüedad, puesto y sueldo neto mensual.		
Gastos aproximados:->			\$		\$	\$			(B) Si trabaja por su cuenta →	Copia de la última declaración anual de impuestos.		
VI. a) Lugares de la práctica deportiva:					\$	\$			(C) Si esta pensionado →	Copia de los recibos de pago de los últimos 3 meses.		
Áreas verdes	Centros deportivos				\$	\$						
Gimnasios	Clubes privados				\$	\$						
VI. b) Vacaciones Familiares:			Total de ingresos familiares mensuales:		\$							
Periodos que se disfrutan al año: ->												
Lugares que se visitan: →												
Gastos aproximados: \$												

**LOS ABAJO FIRMANTES MANIFESTAMOS QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERIDICA Y QUE ESTAMOS CONCIENTES QUE CUALQUIER INFORMACIÓN RELEVANTE EN ELLA CANCELA AUTOMÁTICAMENTE LA SOLICITUD**

Una vez hecho su análisis de presupuesto indique la cantidad que puede aportar a la colegiatura mensual del solicitante.

\$ \_\_\_\_\_ esto representa el \_\_\_\_\_ % del ingreso familiar mensual.

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información que he manifestado es verídica.

\_\_\_\_\_  
Nombre solicitante                      Nombre Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma solicitante                              Firma Padre o Tutor

El Comité de Becas de Licenciatura acuerda se conceda:

PERIODO

\_\_\_\_\_  
AUTORIZACIÓN  
Para uso exclusivo del **Comité de Becas de Licenciatura**