



**SOLICITUD DE  
RENOVACIÓN DEL  
BENEFICIO EDUCATIVO**

Fecha

Día/

Mes /

Año /

Señores

COMITÉ DIRECTIVO

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE RISARALDA

**INFORMACIÓN PERSONAL**

Nombre completo : \_\_\_\_\_

D.I.: TI  cc  \_\_\_\_\_

Dirección domicilio : \_\_\_\_\_

Celular No. : \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA RENOVACIÓN DEL BENEFICIO EDUCATIVO**

Nombre Institución de Educación Superior : \_\_\_\_\_

Facultad: \_\_\_\_\_ Nombre del Programa que cursa:

Nombre del Programa que cursa: \_\_\_\_\_

Promedio de notas del Semestre cursado: \_\_\_\_\_ Que semestre va a cursar: \_\_\_\_\_

Esta solicitud se realiza para cumplimiento de los requisitos de la ordenanza N° 002 del 27 de Febrero del 2018 y su reglamento.

Atentamente,

\_\_\_\_\_

Firma beneficiario