

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO*	ACTUALIZACIÓN*			CIRCULAR REGLEMENTARIA		FECHA DE PUBLICACIÓN
		M	E	A	Número	Fecha	
00	Creación				051	04/10/2019	04/10/2019
01	Modificación de ingreso a formulario	X			087	14/12/2020	14/12/2020
02	Actualización para el diligenciamiento del ingreso y formulario	X			095	13/12/2021	13/12/2021
03	Actualización de imagenes acorde a nueva convocatoria.	X			081	03/05/2022	03/05/2022
04	Actualización de imagenes acorde a nueva convocatoria.	X			205	16/12/2022	16/12/2022
05	Actualización de imagenes acorde a nueva convocatoria.	X			137	27/05/2024	27/05/2024

* Marque con x si la actualización corresponde a:

M: Modificación

E: Eliminación

A: Adición

TABLA DE CONTENIDO

1	OBJETIVO	3
2	COHERENCIA CON EL PROCESO	3
3	CONTENIDO	3

VIGILADO  Supersolidaria INSCRITO A FOGACOOP

1 OBJETIVO

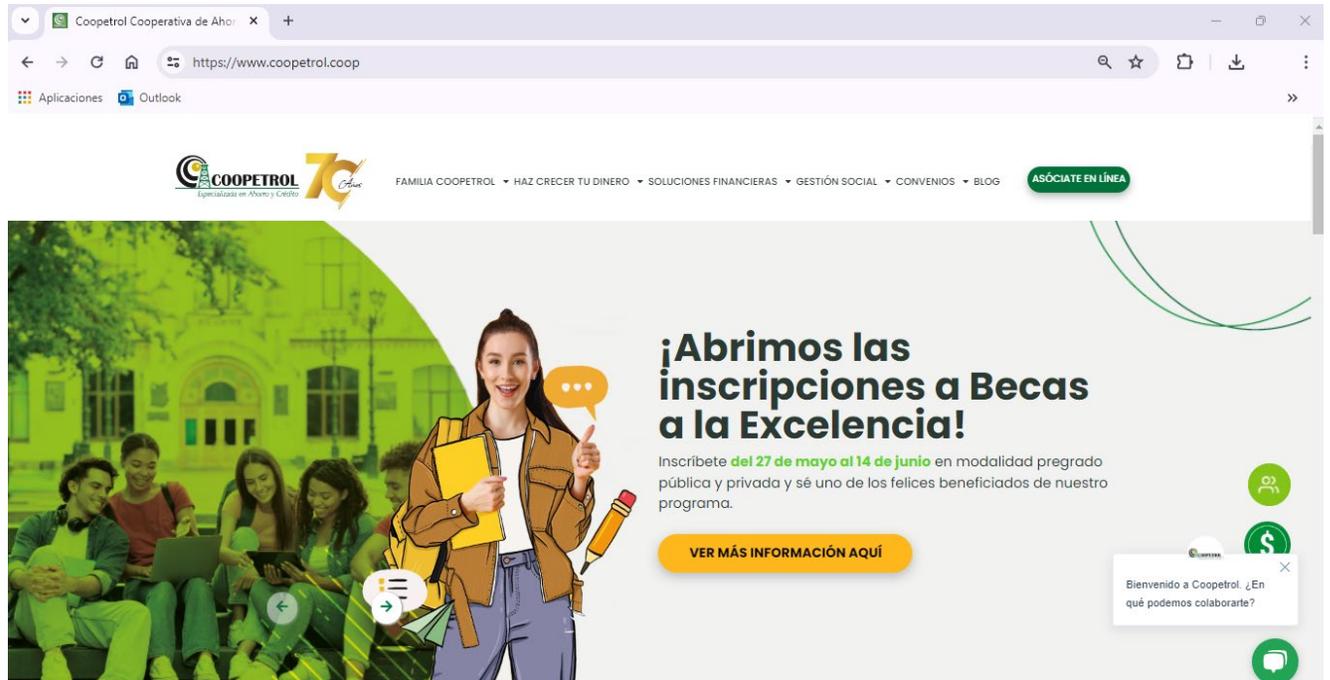
Indicar a los postulantes los pasos a seguir para el diligenciamiento del formulario de inscripción al Programa de Pregrado Pública y Privada (Condonable) Año 2025-I.

2 COHERENCIA CON EL PROCESO

Proceso: Becas a la Excelencia

3 CONTENIDO

3.1 Ingrese a la página web de Coopetrol www.coopetrol.coop



3.2 Dé clic en el banner publicitario de la convocatoria.



3.3 Encontrará todos los términos de la convocatoria.



¡Transforma tu futuro con Becas a la Excelencia!



Si vas a empezar tus estudios universitarios o estás en proceso de formación, postúlate para ser uno de los beneficiados de este programa educativo.

Podrás estudiar la carrera de tus sueños y darle un giro diferente a tu futuro, participando en nuestro **Programa de Becas a la Excelencia**.

A través de la **modalidad pregrado pública y privada**, otorgamos créditos condonables para financiar tu educación.

Inscríbete del 27 de mayo al 14 de junio de 2024

REQUISITOS

- Ser asociado hábil, con antigüedad de vinculación igual o

Proceso de adjudicación de becas	Fecha
Apertura de inscripciones en la	A partir del lunes 27 de

3.4 Dé clic en el botón “Formulario de Inscripción”.

adjudicadas

septiembre de 2024

TEN EN CUENTA QUE:

- Por disposiciones legales, el beneficio que se otorga para el programa de becas será entregado a través del Icetex y se asignará un solo subsidio o crédito condonable por asociado.
- Nuestro programa Becas a la Excelencia COOPETROL no aplica para especializaciones, maestrías o doctorados.
- Recuerda que los desembolsos se realizarán únicamente a la institución educativa.
- Las fechas de desembolsos programadas por parte de la cooperativa no estarán sujetas a la fecha de matrículas estipuladas por las diferentes instituciones educativas, y en consecuencia, la cooperativa no se hace responsable por los costos extemporáneos.
- La adjudicación de becas de esta convocatoria, se hará hasta que se agote el presupuesto disponible protegiendo siempre la sostenibilidad de las cohortes. En caso de que alguno de los preseleccionados no cumpla la totalidad de requisitos, los recursos no utilizados serán acumulados al saldo y asignados a la siguiente convocatoria.
- La fecha estimada para realizar los desembolsos será partir del mes de septiembre de 2024 y aplicará para el periodo académico 2024-II.

¡Aplica ahora a nuestras Becas a la Excelencia COOPETROL!

Te invitamos a consultar la convocatoria y el reglamento para obtener más información

Convocatoria

Reglamento

Formulario de inscripción

3.5 Dé clic en el botón “Aviso de privacidad y autorización para tratamiento de datos personales”



Personas

Empresas

Conoce tu cooperativa

Asóciate

Agencia virtual

PSE

Productos Servicios Convenios de Descuento Beneficios Sociales Temas de Interés

Buscar



INSCRIPCIÓN A BECAS

Q Abrir formulario usando Código

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Correo electrónico del postulante

Seleccione el Programa

Seleccione Programa 

Seleccione el postulante al programa

Tipo postulante 

Indique el Ingreso mensual del núcleo familiar

Periodo a cursar

Seleccione Periodo 

Ingrese el número de documento de identidad del Asociado

Q Consultar

3.6 Marque el recuadro de autorización del tratamiento y uso de datos personales, así como la consulta y reporte en centrales de riesgos. Dé clic en el botón **“Continuar”**



3.7 Diligencie los siguientes campos:

- **Correo electrónico del postulante**

En este campo escriba un correo electrónico en el cual el postulante al programa autoriza el envío de todas las notificaciones del proceso.



- **Seleccione el programa:**

En este campo seleccione el nombre del programa **“Pregrado Pública y Privada (Condonable)”**.



Personas

Empresas

Conoce tu cooperativa

Asóciate

Agencia virtual

PSE

Productos Servicios Convenios de Descuento Beneficios Sociales Temas de Interés

Buscar

INSCRIPCIÓN A BECAS

Abrir formulario usando Código

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Correo electrónico del postulante	XXXX@XXXX.XXXX
Seleccione el Programa	Seleccione Programa
Seleccione el postulante al programa	Seleccione Programa
Indique el Ingreso mensual del núcleo familiar	Básica y Media
Periodo a cursar	Pregrado Pública
Ingrese el número de documento de identidad del Asociado	Pregrado Pública y Privada (Condonable)

Consultar

- **Seleccione el postulante al programa**

En este campo seleccione el parentesco que tiene el postulante con el Asociado. Si el postulante es el mismo Asociado seleccione la opción **“Asociado”**.



Personas

Empresas

Conoce tu cooperativa

Asóciate

Agencia virtual

PSE

Productos Servicios Convenios de Descuento Beneficios Sociales Temas de Interés

Buscar

INSCRIPCIÓN A BECAS

Abrir formulario usando Código

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Correo electrónico del postulante	XXXX@XXXX.XXXX
Seleccione el Programa	Pregrado Pública y Privada (Con)
Seleccione el postulante al programa	Tipo postulante
Indique el Ingreso mensual del núcleo familiar	Tipo postulante
Periodo a cursar	Asociado
Ingrese el número de documento de identidad del Asociado	Hijo (No Coopetrolito)

Consultar

- **Indique el Ingreso mensual del núcleo familiar**

En este campo indique en pesos colombianos la sumatoria de los ingresos mensuales de **todas** las personas que componen el núcleo familiar del postulante al programa.



INSCRIPCIÓN A BECAS

Abrir formulario usando Código

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Correo electrónico del postulante	<input type="text" value="XXXX@XXXX.XXXX"/>
Seleccione el Programa	Pregrado Pública y Privada (Condonable) <input type="button" value="v"/>
Seleccione el postulante al programa	Cónyuge o compañera(o) permanente <input type="button" value="v"/>
Indique el Ingreso mensual del núcleo familiar	\$2.000.000 
Periodo a cursar	Seleccione Periodo <input type="button" value="v"/>
Ingrese el número de documento de identidad del Asociado	<input type="text"/>

- **Periodo a cursar**

En este campo seleccione el grado para el cual el postulante solicita el subsidio. Tenga en cuenta que esta lista desplegable contempla desde primer a decimo semestre.



INSCRIPCIÓN A BECAS

Abrir formulario usando Código

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Correo electrónico del postulante	<input type="text" value="XXXX@XXXX.XXXX"/>
Seleccione el Programa	Pregrado Pública y Privada (Condonable) <input type="button" value="v"/>
Seleccione el postulante al programa	Cónyuge o compañera(o) permanente <input type="button" value="v"/>
Indique el Ingreso mensual del núcleo familiar	\$2.000.000
Periodo a cursar	Seleccione Periodo <input type="button" value="v"/>
Ingrese el número de documento de identidad del Asociado	<input type="text"/>

Seleccione Periodo

- 1°
- 2°
- 3°
- 4°
- 5°
- 6°
- 7°



Si el grado a cursar seleccionado es “1” se debe habilitar los campos **“Fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11”** y **“Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11”**.

INSCRIPCIÓN A BECAS

[Abrir formulario usando Código](#)**AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Correo electrónico del postulante	<input type="text" value="XXXX@XXXX.XXXX"/>
Seleccione el Programa	Pregrado Pública y Privada (Condonable) 
Seleccione el postulante al programa	Cónyuge o compañera(o) permanente 
Indique el Ingreso mensual del núcleo familiar	<input type="text" value="\$2.000.000"/>
Periodo a cursar	1° 
Fecha de realización del ICES o PRUEBAS SABER 11	Antes de 2014 - I 
Puntaje ICES o PRUEBAS SABER 11	<input type="text"/>
Ingrese el número de documento de identidad del Asociado	<input type="text"/>

[Consultar](#)

- **Fecha de realización del ICES o PRUEBAS SABER 11**

En este campo indique si el ICES o PRUEBAS SABER 11 realizado por el postulante fue presentado **“Antes de 2014 – I”** o **“Desde 2014 - I en adelante”**.

INSCRIPCIÓN A BECAS

[Abrir formulario usando Código](#)**AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Correo electrónico del postulante	<input type="text" value="XXXX@XXXX.XXXX"/>
Seleccione el Programa	Pregrado Pública y Privada (Condonable) 
Seleccione el postulante al programa	Cónyuge o compañera(o) permanente 
Indique el Ingreso mensual del núcleo familiar	<input type="text" value="\$2.000.000"/>
Periodo a cursar	1° 
Fecha de realización del ICES o PRUEBAS SABER 11	Antes de 2014 - I 
Puntaje ICES o PRUEBAS SABER 11	<input type="text"/>
Ingrese el número de documento de identidad del Asociado	<input type="text"/>

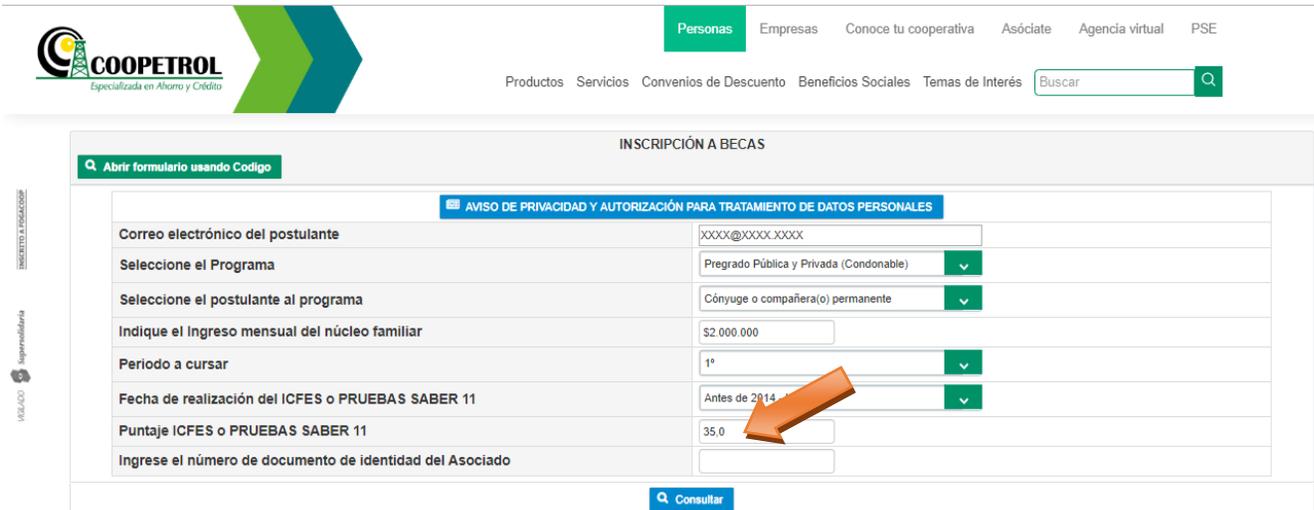
[Consultar](#)

- **Puntaje ICES o PRUEBAS SABER 11**

En este campo indique la nota obtenida por el postulante en el ICES o PRUEBAS SABER 11.

Recuerde que:

- Si la fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11 es **"Antes de 2014 - I"** la nota mínima debe ser superior a 35.
- Si la fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11 es **"Desde 2014 – I"** la nota mínima debe ser superior a 213.



INSCRIPCIÓN A BECAS

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Correo electrónico del postulante	XXXX@XXXX.XXXX
Seleccione el Programa	Pregrado Pública y Privada (Condonable) ▼
Seleccione el postulante al programa	Cónyuge o compañera(o) permanente ▼
Indique el Ingreso mensual del núcleo familiar	\$2.000.000
Periodo a cursar	1º ▼
Fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11	Antes de 2014 ▼
Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11	35,0
Ingrese el número de documento de identidad del Asociado	

[Consultar](#)

Si el grado a cursar seleccionado es diferente de **"1"** (a partir del segundo semestre) se debe habilitar el campo **"Nota promedio de la carrera"**.



INSCRIPCIÓN A BECAS

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Correo electrónico del postulante	XXXX@XXXX.XXXX
Seleccione el Programa	Pregrado Pública y Privada (Condonable) ▼
Seleccione el postulante al programa	Cónyuge o compañera(o) permanente ▼
Indique el Ingreso mensual del núcleo familiar	\$2.000.000
Periodo a cursar	2º ▼
Nota promedio de la carrera	
Ingrese el número de documento de identidad del Asociado	

[Consultar](#)

- **Nota promedio de la carrera**

En este campo indique la nota promedio de los semestres cursados por el postulante.

Tenga en cuenta que la nota a ingresar, debe ser una nota numérica de cero (0.0) a cinco (5.0).

Si el método de calificación de la institución educativa está en una escala diferente se debe realizar la conversión de la nota a escala de cero (0.0) a cinco (5.0).



INSCRIPCIÓN A BECAS

Abrir formulario usando Código

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Correo electrónico del postulante	XXXX@XXXX.XXXX
Seleccione el Programa	Pregrado Pública y Privada (Condonable) ▼
Seleccione el postulante al programa	Cónyuge o compañera(o) permanente ▼
Indique el Ingreso mensual del núcleo familiar	\$2.000.000
Periodo a cursar	2º ▼
Nota promedio de la carrera	3.5
Ingrese el número de documento de identidad del Asociado	

Consultar

- **Ingrese el número de documento de identidad del Asociado**

En este campo indique el número de identificación del Asociado a través del cual se va a presentar el postulante.

Tenga en cuenta que el Asociado debe ser un Asociado Activo, con una antigüedad mínima de 12 meses y que se encuentre al día en sus obligaciones.



INSCRIPCIÓN A BECAS

Abrir formulario usando Código

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Correo electrónico del postulante	XXXX@XXXX.XXXX
Seleccione el Programa	Pregrado Pública y Privada (Condonable) ▼
Seleccione el postulante al programa	Cónyuge o compañera(o) permanente ▼
Indique el Ingreso mensual del núcleo familiar	\$2.000.000
Periodo a cursar	2º ▼
Nota promedio de la carrera	3.5
Ingrese el número de documento de identidad del Asociado	

Consultar

3.8 Dé clic en el botón “Consultar”.



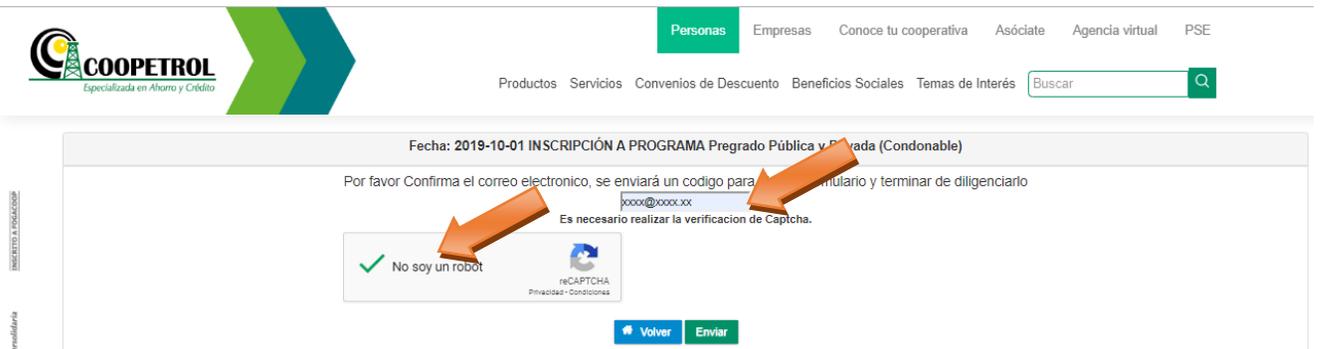
INSCRIPCIÓN A BECAS

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Correo electrónico del postulante	xxxx@xxxx.xxx
Seleccione el Programa	Pregrado Pública y Privada (Condonable) ▼
Seleccione el postulante al programa	Cónyuge o compañera(o) permanente ▼
Indique el Ingreso mensual del núcleo familiar	\$2.000.000
Periodo a cursar	2º ▼
Nota promedio de la carrera	3,5
Ingrese el número de documento de identidad del Asociado	1.111.111.111

Consultar

3.9 Registre nuevamente el correo electrónico y realice la verificación de Captcha.



Fecha: 2019-10-01 INSCRIPCIÓN A PROGRAMA Pregrado Pública y Privada (Condonable)

Por favor Confirma el correo electronico, se enviará un codigo para abrir el formulario y terminar de diligenciarlo

xxxx@xxxx.xxx

Es necesario realizar la verificación de Captcha.

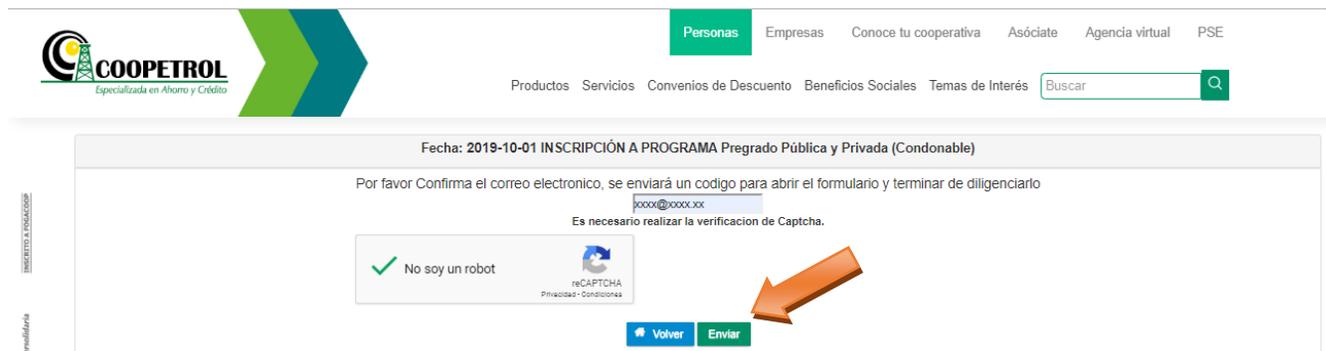
✓ No soy un robot



reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Volver **Enviar**

3.10 Dé clic en el botón “Enviar”.



Fecha: 2019-10-01 INSCRIPCIÓN A PROGRAMA Pregrado Pública y Privada (Condonable)

Por favor Confirma el correo electronico, se enviará un codigo para abrir el formulario y terminar de diligenciarlo

xxxx@xxxx.xxx

Es necesario realizar la verificación de Captcha.

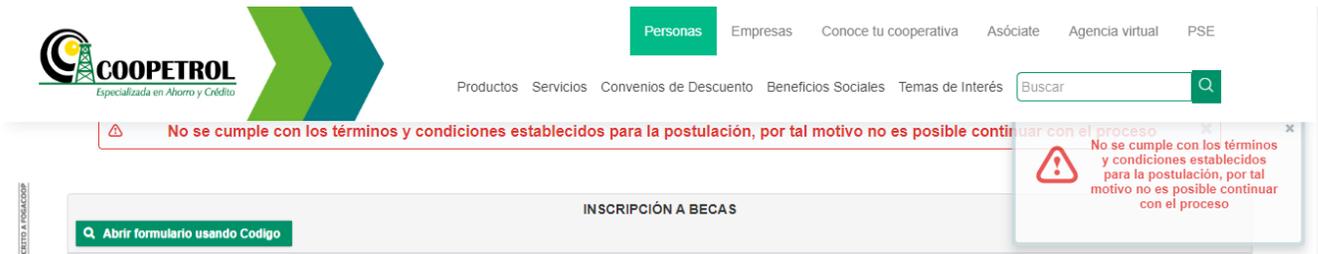
✓ No soy un robot



reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Volver **Enviar**

- 3.11** Si el asociado a través del cual se realiza la postulación, NO cumple con las condiciones establecidas, se generará un aviso indicando que no es posible continuar con el proceso. En caso de tener alguna inquietud consultar los requisitos para la postulación (ver documento “convocatoria”) o comuníquese a la línea de atención al Asociado o diríjase a su Agencia o Punto de Atención más cercana.



- 3.12** Si el asociado a través del cual se realiza la postulación cumple con las condiciones establecidas, se generará un aviso indicando que se ha enviado al correo electrónico registrado un código de seguridad para ingresar al formulario.

Tenga en cuenta que este código es temporal y se desactivará una vez se envíe el formulario de postulación.

Dé clic en el botón **“Ingresar Código”**.



3.13 Indique nuevamente el correo electrónico registrado y el código que le fue enviado. Dé clic en el botón **“Consultar”**.

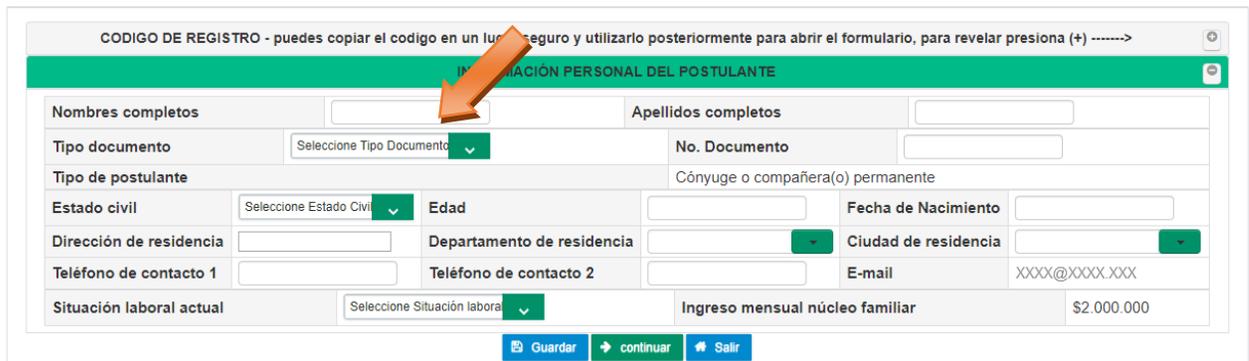


3.14 Una vez se habilite el formulario se debe proceder a diligenciar toda la información solicitada. Todos los campos son obligatorios.

3.14.1 En la sección **“Información personal del postulante”** registre la siguiente información:

- **Nombres completos:**

Este campo corresponde a los nombres completos del postulante al programa.



- **Apellidos completos**

Este campo corresponde a los apellidos completos del postulante al programa.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+)

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

Nombres completos		Apellidos completos	
Tipo documento	Seleccione Tipo Documento	No. Documento	
Tipo de postulante		Cónyuge o compañera(o) permanente	
Estado civil	Seleccione Estado Civil	Edad	Fecha de Nacimiento
Dirección de residencia	Departamento de residencia	Ciudad de residencia	
Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2	E-mail	XXXX@XXXX.XXX
Situación laboral actual	Seleccione Situación labora	Ingreso mensual núcleo familiar	\$2.000.000

Guardar
continuar
Salir

- **Tipo documento**

Se debe seleccionar de la lista desplegable el tipo de documento del postulante al programa:

- C.C. Cedula de ciudadanía
- C.E. Cedula de extranjería
- NUIP Número único de identificación personal
- T.I. Número de tarjeta de identidad

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

Nombres completos		Apellidos completos	
Tipo documento	Seleccione Tipo Documento	No. Documento	
Tipo de postulante		Cónyuge o compañera(o) permanente	
Estado civil	Seleccio	Edad	Fecha de Nacimiento
Dirección de residencia	mento de residencia	Ciudad de residencia	
Teléfono de contacto 1	de contacto 2	E-mail	XXXX@XXXX.XXX
Situación laboral actual	Seleccione Situación labora	Ingreso mensual núcleo familiar	\$2.000.000

Guardar
continuar
Salir

- **No. Documento**

En este campo indique el número de documento de identidad del postulante.

VIGILADO
Supersolidaria INSCRITO A FOGACOOP

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

Nombres completos		Apellidos completos	
Tipo documento	Seleccione Tipo Documento	No. Documento	
Tipo de postulante		Cónyuge o compañera(o) permanente	
Estado civil	Seleccione Estado Civil	Edad	Fecha de Nacimiento
Dirección de residencia	Departamento de residencia	Ciudad de residencia	
Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2	E-mail	XXXX@XXXX.XXX
Situación laboral actual	Seleccione Situación labora	Ingreso mensual núcleo familiar	\$2.000.000

Guardar
continuar
Salir

- **Tipo de postulante**

Este campo trae de manera automática el tipo de postulante seleccionado en las preguntas previas al formulario. Este campo no es modificable.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

Nombres completos		Apellidos completos	
Tipo documento	Seleccione Tipo Documento	No. Documento	
Tipo de postulante		Cónyuge o compañera(o) permanente	
Estado civil	Seleccione Estado Civil	Edad	Fecha de Nacimiento
Dirección de residencia	Departamento de residencia	Ciudad de residencia	
Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2	E-mail	XXXX@XXXX.XXX
Situación laboral actual	Seleccione Situación labora	Ingreso mensual núcleo familiar	\$2.000.000

Guardar
continuar
Salir

- **Estado civil**

En este campo seleccione el estado civil del postulante.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

Nombres completos		Apellidos completos	
Tipo documento	Seleccione Tipo Documento	No. Documento	
Tipo de postulante		Cónyuge o compañera(o) permanente	
Estado civil	Seleccione Estado Civil	Edad	Fecha de Nacimiento
Dirección de residencia	Departamento de residencia	Ciudad de residencia	
Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2	E-mail	XXXX@XXXX.XXX
Situación laboral actual	Situación labora	Ingreso mensual núcleo familiar	\$2.000.000

Seleccione Estado Civil
 Seleccione Estado Civil
 Casado(a)
 Soltero(a)
 Divorciado(a)
 Unión Libre
 Viudo(a)
 No Aplica

Guardar
continuar
Salir

- **Edad**

En este campo indique en números la edad del postulante.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

Nombres completos		Apellidos completos	
Tipo documento	Seleccione Tipo Documento	No. Documento	
Tipo de postulante		Cónyuge o compañera(o) permanente	
Estado civil	Seleccione Estado Civil	Edad	Fecha de Nacimiento
Dirección de residencia	Departamento de residencia	Ciudad de residencia	
Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2	E-mail	XXXX@XXXX.XXX
Situación laboral actual	Seleccione Situación labora	Ingreso mensual núcleo familiar	\$2.000.000

- **Fecha de Nacimiento**

En este campo seleccione en el calendario, el año, mes y día de nacimiento del postulante.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

Nombres completos		Apellidos completos	
Tipo documento	Seleccione Tipo Documento	No. Documento	
Tipo de postulante		Cónyuge o compañera(o) permanente	
Estado civil	Seleccione Estado Civil	Edad	Fecha de Nacimiento
Dirección de residencia	Departamento de residencia	Ciudad de residencia	
Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2	E-mail	
Situación laboral actual	Seleccione Situación labora	Ingreso mensual núcleo familiar	



- **Dirección de residencia**

En este campo indique la dirección de residencia del postulante.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

Nombres completos		Apellidos completos	
Tipo documento	Seleccione Tipo Documento	No. Documento	
Tipo de postulante		Cónyuge o compañera(o) permanente	
Estado civil	Seleccione Estado Civil	Edad	Fecha de Nacimiento
Dirección de residencia	Departamento de residencia	Ciudad de residencia	
Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2	E-mail	XXXX@XXXX.XXX
Situación laboral actual	Seleccione Situación labora	Ingreso mensual núcleo familiar	\$2.000.000

- **Departamento de residencia**

En este campo seleccione de la lista desplegable el Departamento donde vive el postulante.



CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

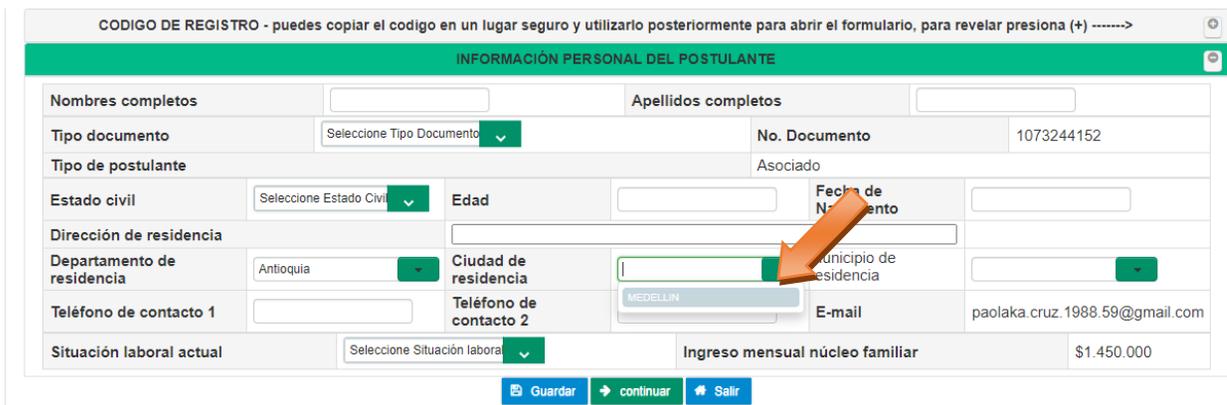
INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

Nombres completos		Apellidos completos	
Tipo documento	Seleccione Tipo Documento	No. Documento	
Tipo de postulante		Hijo (Coopetrolito)	
Estado civil	Seleccione Estado Civil	Fecha de Nacimiento	
Dirección de residencia			
Departamento de residencia	Antioquia	Ciudad de residencia	
Teléfono de contacto 1		Teléfono de contacto 2	
Situación laboral actual		Ingreso mensual núcleo familiar	\$1.500.000

Más Calidad de vida para

- **Ciudad de residencia**

Este campo trae de manera automática las ciudades que hacen parte del departamento de residencia seleccionado.



CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

Nombres completos		Apellidos completos	
Tipo documento	Seleccione Tipo Documento	No. Documento	1073244152
Tipo de postulante		Asociado	
Estado civil	Seleccione Estado Civil	Edad	Fecha de Nacimiento
Dirección de residencia			
Departamento de residencia	Antioquia	Ciudad de residencia	MEDELLIN
Teléfono de contacto 1		Teléfono de contacto 2	
Situación laboral actual		Ingreso mensual núcleo familiar	\$1.450.000

- **Teléfono de contacto 1**

En este campo indique el número de teléfono principal donde se pueda contactar al postulante. Puede ser un teléfono fijo o un teléfono móvil.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

Nombres completos		Apellidos completos	
Tipo documento	Seleccione Tipo Documento	No. Documento	
Tipo de postulante		Cónyuge o compañera(o) permanente	
Estado civil	Seleccione Estado	Edad	Fecha de Nacimiento
Dirección de residencia		Departamento de residencia	Ciudad de residencia
Teléfono de contacto 1		Teléfono de contacto 2	E-mail
Situación laboral actual	Seleccione Situación labora	Ingreso mensual núcleo familiar	\$2.000.000

Guardar
continuar
Salir

- **Teléfono de contacto 2**

En este campo indique un número de teléfono secundario donde se pueda contactar al postulante. Puede ser un teléfono fijo o un teléfono móvil.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

Nombres completos		Apellidos completos	
Tipo documento	Seleccione Tipo Documento	No. Documento	
Tipo de postulante		Cónyuge o compañera(o) permanente	
Estado civil	Seleccione Estado Civil	Edad	Fecha de Nacimiento
Dirección de residencia		Departamento de residencia	Ciudad de residencia
Teléfono de contacto 1		Teléfono de contacto 2	E-mail
Situación laboral actual	Seleccione Situación labora	Ingreso mensual núcleo familiar	\$2.000.000

Guardar
continuar
Salir

- **E-mail**

Este campo trae de manera automática el correo electrónico ingresado en las preguntas previas al formulario. Este campo no es modificable.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

Nombres completos		Apellidos completos	
Tipo documento		No. Documento	
Tipo de postulante		Cónyuge o compañera(o) permanente	
Estado civil	Edad	Fecha de Nacimiento	
Dirección de residencia	Departamento de residencia	Ciudad de residencia	
Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2	E-mail	XXXX@XXXX.XXX
Situación laboral actual	Ingreso mensual núcleo familiar	\$2.000.000	

[Guardar](#) [continuar](#) [Salir](#)



- **Situación laboral actual**

En este campo seleccione de la lista desplegable la condición laboral del postulante.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

Nombres completos		Apellidos completos	
Tipo documento		No. Documento	
Tipo de postulante		Cónyuge o compañera(o) permanente	
Estado civil	Edad	Fecha de Nacimiento	
Dirección de residencia	Departamento de residencia	Ciudad de residencia	
Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2	E-mail	ylopez@coopetrol.coop
Situación laboral actual	Ingreso mensual núcleo familiar	\$2.000.000	

[Guardar](#) [continuar](#) [Salir](#)

- Selección Situación laboral
- Empleado
- Pensionado
- Independiente
- Desempleado
- No aplica



- **Ingreso mensual núcleo familiar**

Este campo trae de manera automática el valor de los ingresos mensuales del núcleo familiar del postulante que fue indicado en las preguntas previas al formulario.

INSTRUCTIVO DE POSTULACIÓN PROGRAMA PREGRADO PÚBLICA Y PRIVADA (CONDONABLE) 2025-I

VIGILADO
Supersolidaria INSCRITO A FOGACOOP

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

Nombres completos		Apellidos completos	
Tipo documento	Seleccione Tipo Documento	No. Documento	
Tipo de postulante		Cónyuge o compañera(o) permanente	
Estado civil	Seleccione Estado Civil	Edad	Fecha de Nacimiento
Dirección de residencia	Departamento de residencia	Ciudad de residencia	
Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2	E-mail	XXXX@XXXX.XXX
Situación laboral actual	Seleccione Situación labora	Ingreso mensual núcleo familiar	\$2.000.000



Guardar
continuar
Salir

- Dé clic en el botón **“Guardar”** y luego en el botón **“Continuar”**.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

Nombres completos		Apellidos completos	
Tipo documento	Seleccione Tipo Documento	No. Documento	
Tipo de postulante		Cónyuge o compañera(o) permanente	
Estado civil	Seleccione Estado Civil	Edad	Fecha de Nacimiento
Dirección de residencia	Departamento de residencia	Ciudad de residencia	
Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2	E-mail	XXXX@XXXX.XXX
Situación laboral actual	Seleccione Situación labora	Ingreso mensual núcleo familiar	\$2.000.000



Guardar
continuar
Salir

3.14.2 En la sección **“Información de la institución educativa para la cual solicita el beneficio”** registre la siguiente información. Todos los campos son obligatorios.

- **Nombre de la Institución**

En este campo se debe indicar el nombre completo de la Institución Educativa en la cual el postulante desea realizar sus estudios.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución		Nit	
Código SNIES			
Departamento		Ciudad	
Nombre del programa		Facultad	
Modalidad	Seleccione Modalidad	Jornada	Seleccione Jornada
Valor del periodo académico a cursar		Periodo a cursar	
		2	
Nota promedio de la carrera		3.5	

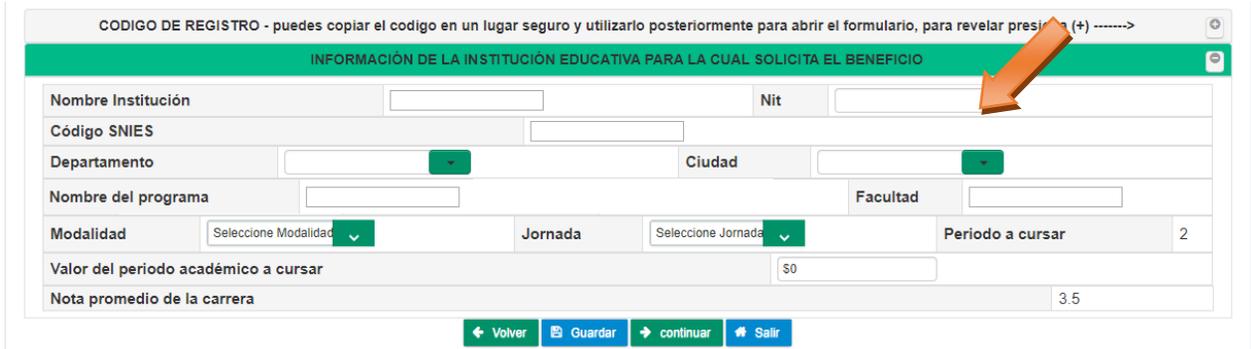


Volver
Guardar
continuar
Salir

- **Nit**

En este campo se debe indicar el NIT de la Institución Educativa en la cual el postulante desea realizar sus estudios.

Tenga en cuenta que este número debe registrarse sin el dígito de verificación.



CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución	<input type="text"/>	Nit	<input type="text"/>	
Código SNIES	<input type="text"/>			
Departamento	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>	
Nombre del programa	<input type="text"/>	Facultad	<input type="text"/>	
Modalidad	Seleccione Modalidad <input type="text"/>	Jornada	Seleccione Jornada <input type="text"/>	
Valor del periodo académico a cursar	<input type="text" value="0"/>		Periodo a cursar	2
Nota promedio de la carrera	<input type="text" value="3.5"/>			

[← Volver](#) [Guardar](#) [continuar](#) [Salir](#)

- **Código SNIES**

Se debe indicar el Código SNIES, el cual evidencia que la Institución Educativa se encuentra en el “Sistema de Información de las instituciones de educación superior” autorizadas por el Ministerio de Educación Nacional de Colombia.



CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución	<input type="text"/>	Nit	<input type="text"/>	
Código SNIES	<input type="text"/>			
Departamento	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>	
Nombre del programa	<input type="text"/>	Facultad	<input type="text"/>	
Modalidad	Seleccione Modalidad <input type="text"/>	Jornada	Seleccione Jornada <input type="text"/>	
Valor del periodo académico a cursar	<input type="text" value="0"/>		Periodo a cursar	2
Nota promedio de la carrera	<input type="text" value="3.5"/>			

[← Volver](#) [Guardar](#) [continuar](#) [Salir](#)

- **Departamento**

En este campo seleccione de la lista desplegable el Departamento donde se encuentra ubicada la Institución Educativa.

INSTRUCTIVO DE POSTULACIÓN PROGRAMA PREGRADO PÚBLICA Y PRIVADA (CONDONABLE) 2025-I

VIGILADO  Supersolidaria INSCRITO A FOGACOOP

Supersolidaria INSCRITO A FOGACOOP



CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución Nit

Código SNIES

Departamento Ciudad

Nivel Programa Facultad

Modalidad Jornada Período a cursar

Duración total del programa (En Valor del periodo académico a cursar

Fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11 Desde 2014 - I en adelante Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11

- **Ciudad**

En este campo trae de manera automática las ciudades que hacen parte del departamento seleccionado.

Supersolidaria INSCRITO A FOGACOOP



CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución Nit

Código SNIES

Departamento Ciudad

Nivel Nombre del programa Facultad

Modalidad Jornada Período a cursar

Duración total del programa (En Valor del periodo académico a cursar

Fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11 Desde 2014 - I en adelante Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11

- **Nivel del programa**

En este campo indique el nivel del programa académico para el cual se está postulando.

Supersolidaria INSCRITO A FOGACOOP



CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución Nit

Código SNIES

Departamento Ciudad

Nivel Nombre del programa Facultad

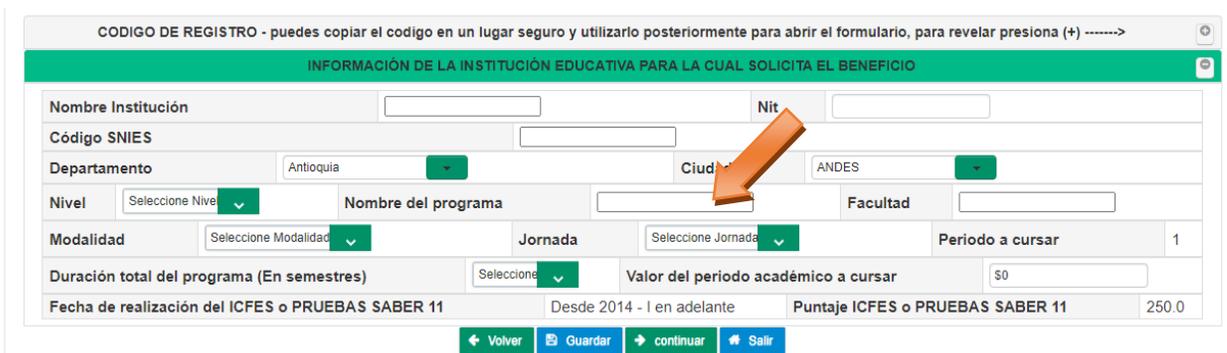
Modalidad Jornada Período a cursar

Duración En semestres) Valor del periodo académico a cursar

Fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11 Desde 2014 - I en adelante Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11

- **Nombre del programa**

En este campo indique el nombre del programa académico para el cual se está postulando.



CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

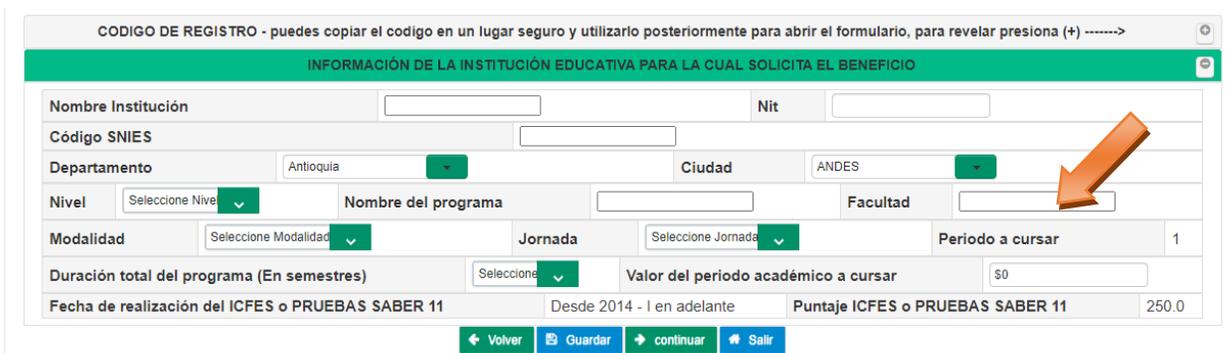
INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución	<input type="text"/>	Nit	<input type="text"/>
Código SNIES	<input type="text"/>		
Departamento	Antioquia	Ciudad	ANDES
Nivel	Seleccione Nivel	Nombre del programa	<input type="text"/>
Modalidad	Seleccione Modalidad	Jornada	Seleccione Jornada
Duración total del programa (En semestres)	Seleccione	Valor del periodo académico a cursar	<input type="text" value="\$0"/>
Fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11	Desde 2014 - I en adelante	Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11	250.0

[Volver](#) [Guardar](#) [continuar](#) [Salir](#)

- **Facultad**

En este campo indique el nombre de la facultad la cual se encuentra vinculado el programa académico al cual se está postulando.



CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución	<input type="text"/>	Nit	<input type="text"/>
Código SNIES	<input type="text"/>		
Departamento	Antioquia	Ciudad	ANDES
Nivel	Seleccione Nivel	Nombre del programa	<input type="text"/>
Modalidad	Seleccione Modalidad	Jornada	Seleccione Jornada
Duración total del programa (En semestres)	Seleccione	Valor del periodo académico a cursar	<input type="text" value="\$0"/>
Fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11	Desde 2014 - I en adelante	Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11	250.0

[Volver](#) [Guardar](#) [continuar](#) [Salir](#)

- **Modalidad**

En este campo seleccione de la lista desplegable, la opción de modalidad en la cual el postulante cursara el programa académico: Presencial, virtual o semipresencial.

INSTRUCTIVO DE POSTULACIÓN PROGRAMA PREGRADO PÚBLICA Y PRIVADA (CONDONABLE) 2025-I

VIGILADO Supersolidaria INSCRITO A FOGACOOP

persolidaria INSCRITO A FOGACOOP

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución	Nit
Código SNIES	
Departamento	Ciudad
Nivel	Nombre del programa
Modalidad	Jornada
Duración total del programa (En semestres)	Valor del periodo académico a cursar
Fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11	Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11

← Volver
 Guardar
→ continuar
 Salir

- **Jornada**

En este campo seleccione de la lista desplegable la opción de horario en el cual el postulante cursara el programa académico: Diurna, Tarde, Nocturna o Fines de semana.

persolidaria INSCRITO A FOGACOOP

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución	Nit
Código SNIES	
Departamento	Ciudad
Nivel	Nombre del programa
Modalidad	Jornada
Duración total del programa (En semestres)	Valor del periodo académico a cursar
Fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11	Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11

← Volver
 Guardar
→ continuar
 Salir

- **Periodo a cursar**

Este campo trae de manera automática el periodo a cursar que fue indicado en las preguntas previas al formulario. Este campo no es modificable.

persolidaria INSCRITO A FOGACOOP

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución	Nit
Código SNIES	
Departamento	Ciudad
Nivel	Nombre del programa
Modalidad	Jornada
Duración total del programa (En semestres)	Valor del periodo académico a cursar
Fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11	Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11

← Volver
 Guardar
→ continuar
 Salir

- **Duración del programa (En semestres)**

En este campo indique en números cuantos semestres tiene el programa académico.



CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución	XXXXXX	Nit	85412532
Código SNIES	12345		
Departamento	Bogotá	Ciudad	Bogotá
Nivel	Profesional	Nombre del programa	Administración
Modalidad	Presencial	Facultad	finanzas
Jornada	Diurna	Periodo a cursar	1
Duración total del programa (En semestres)	Seleccione		
Valor del periodo académico a cursar	\$100.000		
Fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11	Desde 2014 - I en adelante		Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11
			250.0

Más calidad de vida para NUESTRAS ASOCIADAS

- **Valor del periodo académico a cursar**

En este campo indique en pesos colombianos el valor de la matrícula del semestre a cursar.



CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución		Nit	
Código SNIES			
Departamento	Antioquia	Ciudad	ANDES
Nivel	Seleccione Nivel	Nombre del programa	
Modalidad	Seleccione Modalidad	Facultad	
Jornada	Seleccione Jornada	Periodo a cursar	1
Duración total del programa (En semestres)	Seleccione		
Valor del periodo académico a cursar	\$0		
Fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11	Desde 2014 - I en adelante		Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11
			250.0

- **Fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11 (Si aplica)**

Este campo trae de manera automática la fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11 que fue indicada en las preguntas previas al formulario. Este campo no es modificable.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución	<input type="text"/>	Nit	<input type="text"/>
Código SNIES	<input type="text"/>		
Departamento	Antioquia	Ciudad	ANDES
Nivel	Seleccione Nive	Nombre del programa	Facultad
Modalidad	Seleccione Modalidad	Jornada	Seleccione Jornada
Duración total del programa (En semestres)	Seleccione	Valor del periodo académico a cursar	\$0
Fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11	Desde 2014 - I en adelante	Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11	250.0

← Volver
Guardar
→ continuar
Salir

- **Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11 (Si aplica)**

Este campo trae de manera automática el Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11 que fue indicado en las preguntas previas al formulario. Este campo no es modificable.

Tenga en cuenta que si el Periodo a cursar es superior a primer semestre en vez de los campos de “Fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11” y “Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11” se mostrará el campo nota promedio de la carrera.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución	<input type="text"/>	Nit	<input type="text"/>
Código SNIES	<input type="text"/>		
Departamento	Antioquia	Ciudad	ANDES
Nivel	Seleccione Nive	Nombre del programa	Facultad
Modalidad	Seleccione Modalidad	Jornada	Seleccione Jornada
Duración total del programa (En semestres)	Seleccione	Valor del periodo académico a cursar	\$0
Fecha de realización del ICFES o PRUEBAS SABER 11	Desde 2014 - I en adelante	Puntaje ICFES o PRUEBAS SABER 11	250.0

← Volver
Guardar
→ continuar
Salir

- **Nota promedio de la carrera (Si aplica)**

Este campo trae de manera automática la nota promedio de la carrera que fue indicada en las preguntas previas al formulario. Este campo no es modificable.

INSTRUCTIVO DE POSTULACIÓN PROGRAMA PREGRADO PÚBLICA Y PRIVADA (CONDONABLE) 2025-I

VIGILADO Supersolidaria INSCRITO A FOGACOOP

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución	<input type="text"/>	Nit	<input type="text"/>
Código SNIES	<input type="text"/>		
Departamento	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>
Nombre del programa	<input type="text"/>		Facultad <input type="text"/>
Modalidad	Seleccione Modalidad <input type="text"/>	Jornada	Seleccione Jornada <input type="text"/> Período a cursar <input type="text"/>
Valor del periodo académico a cursar	<input type="text" value="\$0"/>		
Nota promedio de la carrera			3.5

← Volver
Guardar
continuar →
Salir

- Dé clic en el botón **“Guardar”** y luego en el botón **“Continuar”**.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución	<input type="text"/>	Nit	<input type="text"/>
Código SNIES	<input type="text"/>		
Departamento	Antioquia	Ciudad	ANDES
Nivel	Seleccione Nivel <input type="text"/>	Nombre del programa	<input type="text"/> Facultad <input type="text"/>
Modalidad	Seleccione Modalidad <input type="text"/>	Jornada	Seleccione Jornada <input type="text"/> Período a cursar <input type="text" value="1"/>
Duración total del programa (En semestres)	Seleccione <input type="text"/>	Valor del periodo académico a cursar	<input type="text" value="\$0"/>
Fecha de realización del ICYES o PRUEBAS SABER 11	Desde 2014 - I en adelante	Puntaje ICYES o PRUEBAS SABER 11	250.0

← Volver
Guardar
continuar →
Salir

Si la postulación es para nivel de Especialización, Maestría o doctorado. Al dar click en guardar y continuar se generará un aviso indicando que **no cumple con los requisitos ya que solo puede aplicar para el programa profesional.**

⚠
no cumple con los requisitos ya que solo puede aplicar para el programa profesional.
✕

Fecha: 2021-12-07 INSCRIPCIÓN A PROGRAMA **Pregrado Pública y Privada (Condonable)**

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO

Nombre Institución	<input type="text"/>	Nit	<input type="text"/>
Código SNIES	<input type="text"/>		
Departamento	Antioquia	Ciudad	ANDES
Nivel	Maestría	Nombre del programa	<input type="text"/> Facultad <input type="text"/>
Modalidad	Seleccione Modalidad <input type="text"/>	Jornada	Seleccione Jornada <input type="text"/> Período a cursar <input type="text" value="1"/>
Duración total del programa (En semestres)	Seleccione <input type="text"/>	Valor del periodo académico a cursar	<input type="text" value="\$0"/>
Fecha de realización del ICYES o PRUEBAS SABER 11	Desde 2014 - I en adelante	Puntaje ICYES o PRUEBAS SABER 11	250.0

← Volver
Guardar
continuar →
Salir

3.14.3 En la sección **“Información del asociado Titular”** registre la siguiente información. Todos los campos son obligatorios.

Tenga en cuenta que esta sección no se habilitará en el caso que el postulante sea el mismo asociado.

- **Nombres completos Asociado**

Este campo corresponde a los nombres completos del Asociado a través del cual se está inscribiendo el postulante al programa.



CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO TITULAR

Nombres completos Asociado	<input type="text"/>	Apellidos completos Asociado	<input type="text"/>
Tipo documento Asociado	Seleccione Tipo Documento ▾	No. Documento Asociado	1.111.111.111
Estado civil Asociado	Seleccione Estado Civil ▾		
Dirección de residencia Asociado	<input type="text"/>	Departamento de residencia Asociado	<input type="text"/> ▾
Teléfono de contacto 1 Asociado	<input type="text"/>	Teléfono de contacto 2 Asociado	<input type="text"/>
		Ciudad de residencia Asociado	<input type="text"/> ▾
		E-mail de Asociado	<input type="text"/>

[← Volver](#) [Guardar](#) [Enviar Solicitud](#) [Salir](#) [Cancelar Solicitud](#)

- **Apellidos completos Asociado**

Este campo corresponde a los apellidos completos del Asociado a través del cual se está inscribiendo el postulante al programa.



CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO TITULAR

Nombres completos Asociado	<input type="text"/>	Apellidos completos Asociado	<input type="text"/>
Tipo documento Asociado	Seleccione Tipo Documento ▾	No. Documento Asociado	1.111.111.111
Estado civil Asociado	Seleccione Estado Civil ▾		
Dirección de residencia Asociado	<input type="text"/>	Departamento de residencia Asociado	<input type="text"/> ▾
Teléfono de contacto 1 Asociado	<input type="text"/>	Teléfono de contacto 2 Asociado	<input type="text"/>
		Ciudad de residencia Asociado	<input type="text"/> ▾
		E-mail de Asociado	<input type="text"/>

[← Volver](#) [Guardar](#) [Enviar Solicitud](#) [Salir](#) [Cancelar Solicitud](#)

- **Tipo documento Asociado**

Se debe seleccionar de la lista desplegable el tipo de documento del Asociado a través del cual se está inscribiendo el postulante al programa.

- C.C. Cedula de ciudadanía
- C.E. Cedula de extranjería

Fecha: 2019-10-01 INSCRIPCIÓN A PROGRAMA Pregrado Pública

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO TITULAR

Nombres completos Asociado		Apellidos completos Asociado	
Tipo documento Asociado	Seleccione Tipo Documento	No. Documento Asociado	1.111.111.111
Estado civil Asociado	Seleccione Tipo Documento	Seleccione Estado Civil	
Dirección de residencia Asociado		Departamento de residencia Asociado	Ciudad de residencia Asociado
Teléfono de contacto 1 Asociado	Teléfono de contacto 2 Asociado	E-mail de Asociado	

← Volver
Guardar
Enviar Solicitud
Salir
Cancelar Solicitud



- **No. Documento Asociado**

Este campo trae de manera automática el número de documento de identidad del Asociado ingresado en las preguntas previas al formulario. Este campo no es modificable.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO TITULAR

Nombres completos Asociado		Apellidos completos Asociado	
Tipo documento Asociado	Seleccione Tipo Documento	No. Documento Asociado	1.111.111.111
Estado civil Asociado	Seleccione Estado Civil		
Dirección de residencia Asociado	Departamento de residencia Asociado	Ciudad de residencia Asociado	
Teléfono de contacto 1 Asociado	Teléfono de contacto 2 Asociado	E-mail de Asociado	

← Volver
Guardar
Enviar Solicitud
Salir
Cancelar Solicitud



- **Estado civil Asociado**

En este campo seleccione el estado civil del Asociado.

INSTRUCTIVO DE POSTULACIÓN PROGRAMA PREGRADO PÚBLICA Y PRIVADA (CONDONABLE) 2025-I

VIGILADO Supersolidaria INSCRITO A FOGACOOP



CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO TITULAR

Nombres completos Asociado	<input type="text"/>	Apellidos completos Asociado	<input type="text"/>
Tipo documento Asociado	Seleccione Tipo Documento	No. Documento Asociado	1.111.111.111
Estado civil Asociado	Seleccione Estado Civil		
Dirección de residencia Asociado	Departamento de residencia Asociado	Ciudad de residencia Asociado	<input type="text"/>
Teléfono de contacto 1 Asociado	Teléfono de contacto 2 Asociado	E-mail de Asociado	<input type="text"/>

- **Dirección de residencia Asociado**

En este campo indique la dirección de residencia del Asociado.



CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO TITULAR

Nombres completos Asociado	<input type="text"/>	Apellidos completos Asociado	<input type="text"/>
Tipo documento Asociado	Seleccione Tipo Documento	No. Documento Asociado	1.111.111.111
Estado civil Asociado	Seleccione Estado Civil		
Dirección de residencia Asociado	Departamento de residencia Asociado	Ciudad de residencia Asociado	<input type="text"/>
Teléfono de contacto 1 Asociado	Teléfono de contacto 2 Asociado	E-mail de Asociado	<input type="text"/>

- **Departamento de residencia Asociado**

En este campo seleccione de la lista desplegable el Departamento donde vive el Asociado. Para el caso particular de Bogotá, seleccione la opción **“D.C. Santa Fé de Bogotá”**.



CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO TITULAR

Nombres completos Asociado	<input type="text"/>	Apellidos completos Asociado	<input type="text"/>
Tipo documento Asociado	Seleccione Tipo Documento	No. Documento Asociado	1073244152
Estado civil Asociado	Seleccione Estado Civil		
Dirección de residencia Asociado	Departamento de residencia Asociado	Ciudad de residencia Asociado	Municipio de residencia Asociado
Teléfono de contacto 1 Asociado	Teléfono de contacto 2 Asociado	E-mail de Asociado	<input type="text"/>



- **Ciudad de residencia Asociado**

En este campo trae de manera automática las ciudades que hacen parte del departamento de residencia seleccionado.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO TITULAR

Nombres completos Asociado		Apellidos completos Asociado	
Tipo documento Asociado	Seleccione Tipo Documento	No. Documento Asociado	1073244152
Estado civil Asociado		Seleccione Estado Civil	
Dirección de residencia Asociado			
Departamento de residencia Asociado	Antioquia	Ciudad de residencia Asociado	MEDULLIN
Teléfono de contacto 1 Asociado		Teléfono de contacto 2 Asociado	
		E-mail de Asociado	

[Volver](#) [Guardar](#) [Enviar Solicitud](#) [Salir](#) [Cancelar Solicitud](#)

- **Teléfono de contacto 1 Asociado**

En este campo indique el número de teléfono principal donde se pueda contactar al Asociado. Puede ser un teléfono fijo o un teléfono móvil.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO TITULAR

Nombres completos Asociado		Apellidos completos Asociado	
Tipo documento Asociado	Seleccione Tipo Documento	No. Documento Asociado	1.111.111.111
Estado civil Asociado		Seleccione Estado Civil	
Dirección de residencia Asociado			
Departamento de residencia Asociado		Ciudad de residencia Asociado	
Teléfono de contacto 1 Asociado		Teléfono de contacto 2 Asociado	
		E-mail de Asociado	

[Volver](#) [Guardar](#) [Enviar Solicitud](#) [Salir](#) [Cancelar Solicitud](#)

- **Teléfono de contacto 2 Asociado**

En este campo indique un número de teléfono secundario donde se pueda contactar al Asociado. Puede ser un teléfono fijo o un teléfono móvil.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO TITULAR

Nombres completos Asociado		Apellidos completos Asociado	
Tipo documento Asociado	Seleccione Tipo Documento	No. Documento Asociado	1.111.111.111
Estado civil Asociado		Seleccione Estado Civil	
Dirección de residencia Asociado	Departamento de residencia Asociado	Ciudad de residencia Asociado	
Teléfono de contacto 1 Asociado	Teléfono de contacto 2 Asociado	E-mail de Asociado	

← Volver
Guardar
Enviar Solicitud
Salir
Cancelar Solicitud

- **E-mail de Asociado**

En este campo indique el correo electrónico del Asociado. Este correo debe ser diferente al del postulante, de tal manera que se cuente con 2 correos electrónicos para notificar todo lo referente al proceso.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO TITULAR

Nombres completos Asociado		Apellidos completos Asociado	
Tipo documento Asociado	Seleccione Tipo Documento	No. Documento Asociado	1.111.111.111
Estado civil Asociado		Seleccione Estado Civil	
Dirección de residencia Asociado	Departamento de residencia Asociado	Ciudad de residencia Asociado	
Teléfono de contacto 1 Asociado	Teléfono de contacto 2 Asociado	E-mail de Asociado	

← Volver
Guardar
Enviar Solicitud
Salir
Cancelar Solicitud

- Dé clic en el botón **“Guardar”** y luego en el botón **“Enviar solicitud”**.

Recuerde que todos los campos del formulario son de estricto diligenciamiento, si no se diligencia en su totalidad no podrá enviar la solicitud.

CODIGO DE REGISTRO - puedes copiar el codigo en un lugar seguro y utilizarlo posteriormente para abrir el formulario, para revelar presiona (+) ----->

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO TITULAR

Nombres completos Asociado		Apellidos completos Asociado	
Tipo documento Asociado	Seleccione Tipo Documento	No. Documento Asociado	1.111.111.111
Estado civil Asociado		Seleccione Estado Civil	
Dirección de residencia Asociado	Departamento de residencia Asociado	Ciudad de residencia Asociado	
Teléfono de contacto 1 Asociado	Teléfono de contacto 2 Asociado	E-mail de Asociado	

← Volver
Guardar
Enviar Solicitud
Salir
Cancelar Solicitud

3.15 A continuación, se mostrará el formulario con toda la información registrada y un aviso informativo que indica **“Antes de enviar, favor verificar que la información suministrada sea correcta. Una vez enviado el formulario no habrá opción de ser modificado. RECUERDE Que el programa Becas a la Excelencia Coopetrol solo se asigna un subsidio por asociado independientemente del beneficiario”**.

Antes de enviar, favor verificar que la información suministrada sea correcta. Una vez enviado el formulario no habrá opción de ser modificado. RECUERDE Que el programa de Becas a la Excelencia Coopetrol solo asigna un subsidio por asociado independientemente del beneficiario

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE									
Nombres completos					Apellidos completos				
Tipo documento		No. Documento			Cónyuge o compañera(o) permanente				
Estado civil		Edad		Fecha de Nacimiento		Ciudad de residencia			
Dirección de residencia		Departamento de residencia			Teléfono de contacto 1		Teléfono de contacto 2		E-mail
Situación laboral actual		Ingreso mensual núcleo familiar							
\$2.000.000									
INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO									
Nombre Institución					Nit				
Código SNIES					Ciudad				
Departamento		Nombre del programa			Facultad		dsfdfs		
Modalidad		Jornada		Periodo a cursar		1			
Valor de la Matrícula del grado académico a cursar					Valor del periodo académico a cursar				
					3.5				
Nota promedio de la carrera									
INFORMACIÓN DEL ASOCIADO TITULAR									
Nombres completos Asociado					Apellidos completos Asociado				
Tipo documento Asociado		No. Documento Asociado			1.111.111.111				
Dirección de residencia Asociado		Departamento de residencia Asociado			Ciudad de residencia Asociado		E-mail de Asociado		
Teléfono de contacto 1 Asociado		Teléfono de contacto 2 Asociado							
<input type="button" value="Cancelar"/> <input type="button" value="Aceptar"/>									

3.16 Si requiere cambiar alguno de los campos, de clic en el botón **“Cancelar”** para regresar al formulario y modificar la información que requiera.

INSTRUCTIVO DE POSTULACIÓN PROGRAMA PREGRADO PÚBLICA Y PRIVADA (CONDONABLE) 2025-I

**Antes de enviar, favor verificar que la información suministrada sea correcta. Una vez enviado el formulario no habrá opción de ser modificado.
RECUERDE Que el programa de Becas a la Excelencia Coopetrol solo asigna un subsidio por asociado independientemente del beneficiario**

INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE					
Nombres completos		Apellidos completos			
Tipo documento	No. Documento				
Tipo de postulante		Cónyuge o compañera(o) permanente			
Estado civil	Edad		Fecha de Nacimiento		
Dirección de residencia	Departamento de residencia		Ciudad de residencia		
Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2		E-mail		
Situación laboral actual		Ingreso mensual núcleo familiar		\$2.000.000	

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO					
Nombre Institución		Nit			
Código SNIES					
Departamento	Ciudad				
Nombre del programa		fdde	Facultad	dsfsdf	
Modalidad	Jornada		Periodo a cursar	1	
Valor de la Matrícula del grado académico a cursar			Valor del periodo académico a cursar	\$3000000	
Nota promedio de la carrera		3.5			

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO TITULAR					
Nombres completos Asociado		Apellidos completos Asociado			
Tipo documento Asociado	No. Documento Asociado	1.111.111.111			
Estado civil Asociado					
Dirección de residencia Asociado	Departamento de residencia Asociado		Ciudad de residencia Asociado		
Teléfono de contacto 1 Asociado	Teléfono de contacto 2 Asociado		E-mail de Asociado		

3.17 Si se encuentra seguro que la información suministrada esta correcta, de clic en el botón **“Aceptar”**.

**Antes de enviar, favor verificar que la información suministrada sea correcta. Una vez enviado el formulario no habrá opción de ser modificado.
RECUERDE Que el programa de Becas a la Excelencia Coopetrol solo asigna un subsidio por asociado independientemente del beneficiario**

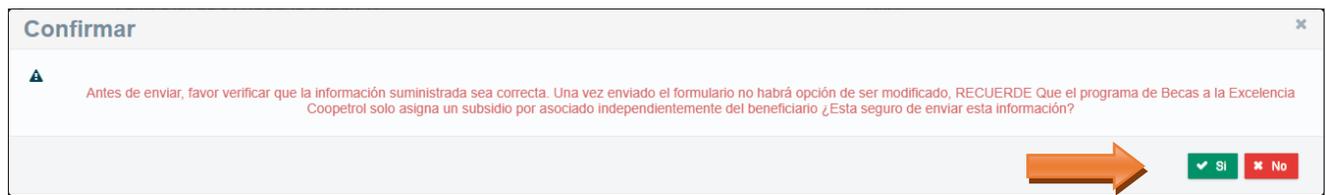
INFORMACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE					
Nombres completos		Apellidos completos			
Tipo documento	No. Documento				
Tipo de postulante		Cónyuge o compañera(o) permanente			
Estado civil	Edad		Fecha de Nacimiento		
Dirección de residencia	Departamento de residencia		Ciudad de residencia		
Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2		E-mail		
Situación laboral actual		Ingreso mensual núcleo familiar		\$2.000.000	

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA CUAL SOLICITA EL BENEFICIO					
Nombre Institución		Nit			
Código SNIES					
Departamento	Ciudad				
Nombre del programa		fdde	Facultad	dsfsdf	
Modalidad	Jornada		Periodo a cursar	1	
Valor de la Matrícula del grado académico a cursar			Valor del periodo académico a cursar	\$3000000	
Nota promedio de la carrera		3.5			

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO TITULAR					
Nombres completos Asociado		Apellidos completos Asociado			
Tipo documento Asociado	No. Documento Asociado	1.111.111.111			
Estado civil Asociado					
Dirección de residencia Asociado	Departamento de residencia Asociado		Ciudad de residencia Asociado		
Teléfono de contacto 1 Asociado	Teléfono de contacto 2 Asociado		E-mail de Asociado		

3.18 Se habilitará una ventana emergente con un aviso que indica **“Antes de enviar, favor verificar que la información suministrada sea correcta. Una vez enviado el formulario no habrá opción de ser modificado. RECUERDE Que el programa Becas a la Excelencia Coopetrol solo se asigna un subsidio por asociado independientemente del beneficiario ¿Está seguro de enviar esta información?”**. Si está seguro de la información registrada, de clic en el botón **“SI”** para enviar el formulario, en caso contrario de clic en el botón **“NO”** para regresar al formulario y modificar la información que requiera.

Tenga en cuenta que una vez enviado el formulario no habrá opción de ser modificado



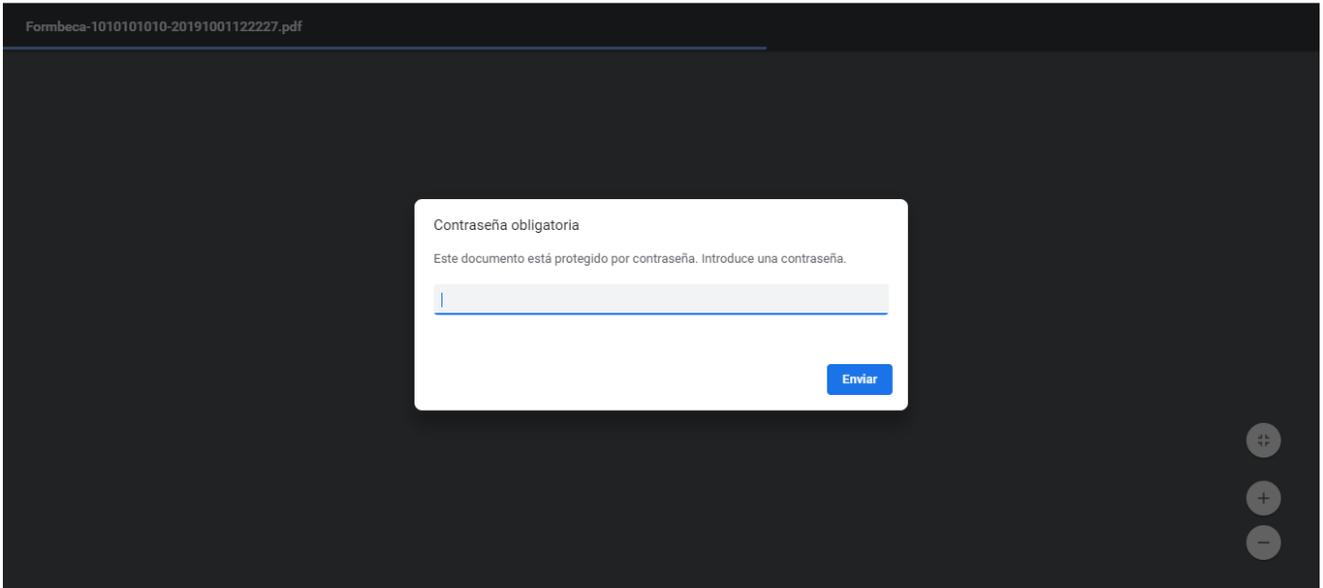
3.19 Al enviar el formulario, se mostrará un aviso que indica **“Se ha enviado de manera exitosa la información registrada. Esta información se encuentra sujeta a verificación, su envío no garantiza la asignación del beneficio”**.

Recuerde que una vez enviado el formulario, el código de seguridad queda inhabilitado.



3.20 Adicionalmente, de manera automática se enviará un correo de confirmación al correo electrónico registrado con una copia en formato PDF del formulario enviado.

Para visualizar la información del PDF, debe descargar el documento e ingresar la contraseña solicitada, la cual corresponde al número de documento de identidad del postulante.



3.21 Si requiere realizar una nueva inscripción de clic en el botón **“Nueva inscripción”**.



3.3 RECUPERACIÓN DE FORMULARIOS

De clic en el botón **“Abrir Formulario Usando Código”** y diligencie los campos solicitados. Esta opción le permitirá recuperar y modificar el formulario, siempre y cuando haya dado clic en el botón **“Guardar”** en cada una de las ventanas de registro de información y no haya hecho efectiva la solicitud dando clic en el botón **“Enviar Solicitud”**.



Personas

Empresas

Conoce tu cooperativa

Asóciate

Agencia virtual

PSE

Productos Servicios Convenios de Descuento Beneficios Sociales Temas de Interés

Buscar



INSCRIPCIÓN A BECAS

Abrir formulario usando Código

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Correo electrónico del postulante

Seleccione el Programa

Seleccione Programa ▼

Seleccione el postulante al programa

Tipo postulante ▼

Indique el Ingreso mensual del núcleo familiar

Periodo a cursar

Seleccione Periodo ▼

Ingrese el número de documento de identidad del Asociado

Consultar



INGRESO AL FORMULARIO USANDO CODIGO

Nueva inscripción

Correo electrónico registrado

Código

Consultar

Más Calidad de vida para
NUESTROS ASOCIADOS

Modificó	Revisó	Aprobó
Nombre: Daniela Alcalá Galindo	Nombre: Jorge Daniel Peña Navarro	Nombre: Clara Milena Osorio Guzman
Cargo: Analista de Alianzas Comerciales	Cargo: Analista de Calidad de Innovación	Cargo: JeFe Nacional de Gestión social