**PROGRAMA DE MOVILIDAD ACADÉMICA NACIONAL ENTRANTE**

**ACTA COMPROMISORIA No.** Haga clic aquí para escribir texto.

Yo Haga clic aquí para escribir texto identificado (a) con cédula de ciudadanía No. Haga clic aquí para escribir texto expedida en Haga clic aquí para escribir texto estudiante del Programa Académico Haga clic aquí para escribir textocon código Haga clic aquí para escribir texto, como beneficiario(a) y/o participe de una actividad de movilidad académica nacional bajo la modalidad de Haga clic aquí para escribir texto, suscribo la siguiente acta de compromiso, en conformidad con lo establecido en los Lineamientos Generales de Movilidad Estudiantil y el Estatuto Estudiantil (Acuerdo 065 de 26 de agosto de 1996 del Consejo Superior Universitario), me comprometo a:

* Cumplir con las disposiciones, derechos y deberes establecidos en el Estatuto Estudiantil de la UFPS.
* Estar matriculado en la institución de origen en el semestre académico en que realiza la movilidad académica y contar con el carné estudiantil revalidado, actualizado al semestre académico en que realiza la movilidad académica.
* Demostrar buen rendimiento en el desarrollo de las actividades propias de la modalidad de movilidad académica que se encuentre realizando.
* Respetar y atender la legislación de Colombia y de la UFPS, responsabilizándome por mis actos, de los cuales se exonera de todo compromiso a la universidad de origen y destino.
* Atender de forma oportuna las comunicaciones por vía de correo electrónico o telefónico que realice la UFPS durante el desarrollo del proceso de movilidad académica.
* Asumir los costos que no contemple el programa del cual soy beneficiario y que se generen durante la movilidad académica.
* Regresar a mi ciudad de origen una vez finalice el programa de movilidad académica que me encuentre realizando.
* Asumir la responsabilidad de los servicios de atención en salud a través de una Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, con vigencia no mayor a 30 días calendario y mantenerlo vigente durante el periodo de estancia.

Por lo anterior, asumo la responsabilidad total de los riesgos implícitos, que de mi participación en este Programa se deriven, tomando en consideración que mi decisión es totalmente voluntaria y cuento con la autorización de mi institución en origen y respaldo económico de mis padres o acudientes.

Declaro que acepto y que estoy de acuerdo con todo lo anteriormente descrito, y firmo hoy Haga clic aquí para escribir una fecha.

|  |
| --- |
| **ESTUDIANTE SOLICITANTE** |
| **Firma:** | Haga clic aquí para escribir texto |
| Nombre: |  |
| Cédula de Ciudadanía: |  |
| Institución de Origen: |  |
| Código Estudiantil Institución de Origen |  |

En caso de emergencia, por favor contactar a:

|  |
| --- |
| **ACUDIENTE DEL ESTUDIANTE** |
| Nombre: |  |
| Cédula de Ciudadanía: |  |
| Parentesco: |  |
| Teléfonos de contacto |  |
| Dirección del contacto |  |
| Email del contacto |  |