La Haga clic aquí para escribir texto. En virtud del convenio Haga clic aquí para escribir texto. Suscrito con Haga clic aquí para escribir texto., presenta al estudiante Haga clic aquí para escribir texto.

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIANTE** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** | | | | | | | |
| **NOMBRES** |  | | | **DOCUMENTO IDENTIDAD** | | **TIPO** | Elija un elemento. |
| **APELLIDOS** |  | | | **NÚMERO** |  |
| **DIRECCIÓN DE RESIDENCIA** |  | | | | | **CIUDAD** |  |
| **TELÉFONO MÓVIL** |  | **TELÉFONO FIJO** |  | | **E-MAIL** |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL CONTACTO (FAMILIAR)** | | | | |
| **NOMBRE** |  | | **TELÉFONO FIJO** |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | |  | **TELÉFONO MÓVIL** |  |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACIÓN INSTITUCIÓN DE ORIGEN** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** |  | | | **CÓDIGO ESTUDIANTIL** | | |  | | | | | |
| **TIPO DE VINCULACIÓN** | Elija un elemento. | | **SEMESTRE ACTUAL** | |  | | | **PROMEDIO ACUMULADO** | | |  | |
| **FACULTAD O DEPENDENCIA** | |  | | **PROGRAMA ACADÉMICO** | | | | |  | | | |
| **DIRECTOR DEL PROGRAMA** | |  | | **TELÉFONO FIJO** | | | | |  | | | |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | |  | | **TELÉFONO MÓVIL** | | | | |  | | | |
| **DIRECCIÓN** | |  | | **PAÍS** | |  | | | | **CIUDAD** | |  |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACIÓN INSTITUCIÓN DE DESTINO** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** |  | **DEPENDENCIA** | |  | | |
| **DIRECCIÓN** |  | **CIUDAD** |  | | **PAÍS** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACION DE CONTACTO** | | | | | | | | |
| **NOMBRE** |  | | **TELÉFONO MÓVIL** |  | | **TELÉFONO FIJO** | |  |
| **DIRECCIÓN DE RESIDENCIA** | |  | | | **CIUDAD** | |  | |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACIÓN GENERAL DE LA ESTANCIA** |

El estudiante, manifiesta pleno conocimiento de las condiciones, requisitos y procedimientos para realizar su elija un elemento. , actividad establecida en el mencionado convenio. De igual manera su conformidad y compromiso para desarrollar y cumplir con los deberes y obligaciones contenidos en los estatutos de las instituciones de origen y destino.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTA DE APROBACIÓN DE LA ACTIVIDAD.** |  | **FECHA ESTANCIA/ITINERARIO** | |  | | |
| **COORDINADOR INSTITUCIÓN DE ORIGEN** |  | | | **E-MAIL** |  | |
| **SUPERVISOR INSTITUCIÓN DE DESTINO** |  | | **CARGO** | |  | |
| **LUGAR DE DESARROLLO DE (Práctica o Trabajo Grado)** |  | | **HORARIO DEL ESTUDIANTE** | | |  |
| **SÍNTESIS DEL PLAN DE TRABAJO** |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **APOYO ECONÓMICO POR LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN (EN CASO DE EXISTIR)** | **APOYO ECONÓMICO POR LA INSTITUCIÓN DE DESTINO (EN CASO DE EXISTIR)** |
| Haga clic aquí para escribir texto. **COP** | Haga clic aquí para escribir texto. **COP** |

|  |
| --- |
| 1. **APROBACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **COORDINADOR INSTITUCIÓN DE ORIGEN** | |  | **SUPERVISOR INSTITUCIÓN DE DESTINO** | |
| **Firma:** | Haga clic aquí para escribir texto. | **Firma:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Nombre** |  | **Nombre** |  |
| **Cargo** | Coordinador | **Cargo** | Supervisor |
| **Institución** |  | **Institución** |  |
| **Fecha** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Fecha** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECANO FACULTAD - INSTITUCIÓN DE ORIGEN** | |  | **ESTUDIANTE** | |
| **Firma:** | Haga clic aquí para escribir texto. | **Firma:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Nombre** |  | **Nombre** |  |
| **Cargo** | Decano | **Cargo** | Estudiante |
| **Facultad** |  | **Código** |  |
| **Fecha** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Fecha** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |

|  |  |
| --- | --- |
| **VTO. BNO OFICINA RELACIONES INTERINSTITUCIONALES E INTERNACIONALES (ORII)** | |
| **Firma:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Nombre** |  |
| **Fecha** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |

|  |
| --- |
| 1. **DOCUMENTOS ANEXOS** |

* Carta de Aceptación o de Presentación expedida por la autoridad competente según sea el caso
* Formato Hoja de Vida – ORI con soportes, debidamente diligenciada y firmada.
* Certificado de historial académico de notas con promedio académico expedido por la autoridad competente, de los periodos académicos adelantados (de requerirse traducido al idioma oficial del programa).
* Presentar compromiso financiero que manifieste contar con los recursos económicos necesarios, para cubrir los costos de desplazamiento, manutención y otros a que hubiere lugar, durante la totalidad de su estadía. Si es beneficiario de una beca deberá presentar el certificado que le acredite como tal.
* Certificado de salud con firma y sello de un médico habilitado, que indique grupo sanguíneo, enfermedades preexistentes del postulante y la no existencia de enfermedad física o mental que impidan el normal desarrollo de sus actividades.

**MOVILIDAD INTERNACIONAL**

* Pasaporte.
* Certificación de competencia y dominio de una segunda lengua (de requerirse).
* Una (1) fotografías recientes 3 X 4 de frente, fondo azul.
* Presentar un plan de trabajo y/o socialización avalado por el Director de Programa, el que desarrollará al retornar a la UFPS (para estudiantes de la UFPS).

**Una vez aprobada su movilidad, enviar:**

* Póliza de seguro médico internacional y sanitario, que cubra urgencias, enfermedades, posible riesgo de accidentes dentro o fuera de las instalaciones de la institución de destino, y repatriación de restos; con cobertura en la ciudad de destino.
* Visa (de requerirse).
* Tiquetes de ida y de regreso.

**MOVILIDAD NACIONAL**

* Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, con vigencia no mayor a 30 días calendario y mantenerlo vigente durante el periodo de estancia.
* Afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales y mantenerlo vigente durante el periodo de estancia – De ser necesario.
* Carné o certificado de vacunación completo – De ser necesario.
* Pago del valor correspondiente a la póliza de responsabilidad civil extracontractual – De ser necesario.