|  |
| --- |
| 1. **INFORMACIÓN GENERAL** |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS INSTITUCIÓN DE ORIGEN** | | | | | |
| **NOMBRE** |  | | | **CÓDIGO ESTUDIANTIL** |  |
| **TIPO DE VINCULACIÓN** | | Elija un elemento. | | **CORREO INSTITUCIONAL** |  |
| **FACULTAD O DEPENDENCIA** | | |  | **PROGRAMA ACADÉMICO** |  |

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** |  | | | | **FACULTAD O DEPENDENCIA** | |  |
| **DIRECCIÓN** |  | | | | **NOMBRE DEL PAR** | |  |
| **TIPO DE VINCULACIÓN** | | Elija un elemento. | **TELÉFONO** |  | | **E-MAIL** |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APROBACIÓN DE LA ACTIVIDAD** | **DOCUMENTO SOPORTE DE LA APROBACIÓN** | | | | |
| **ACTO APROBATORIO** | |  | **ACTA COMITÉ CURRICULAR** |  |
| **FECHA ESTANCIA / ITINERARIO** | | **SÍNTESIS DEL PLAN DE TRABAJO** | | | |
| Haga clic aquí para escribir texto. | |  | | | |
| **APOYO ECONÓMICO POR LA UFPS (EN CASO DE EXISTIR)** | | **IMPORTANCIA/APORTES DE LA ACTIVIDAD PARA LA UFPS** | | | |
| Haga clic aquí para escribir texto. **COP** | |  | | | |

|  |
| --- |
| 1. **FIRMA DEL PARTICIPANTE** |

Como aspirante al Programa actividad de corta duración, para todos los efectos legales manifiesto que los datos por mí anotados en el presente Formato son veraces, y en caso de hallarse inconsistencias u omisiones asumo las consecuencias a que haya lugar.

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTICIPANTE UFPS** | |
| **Firma:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Nombre** |  |
| **Cargo** | Elija un elemento. |
| **Universidad** |  |
| **Fecha** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AVAL DE LA AUTORIDAD**  **COMPETENTE DE LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN** | |  | **VISTO BUENO OFICINA DE RELACIONES**  **INTERINSTITUCIONALES E INTERNACIONALES - UFPS** | |
| **Firma:** | Haga clic aquí para escribir texto. | **Firma:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Nombre** |  | **Nombre** |  |
| **Fecha** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Fecha** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTOS ANEXOS** |

* Carta de aceptación o invitación expedida por la autoridad competente.
* 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)
* Certificación de competencia y dominio de una segunda lengua (de requerirse)
* 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.
* Fotocopia del documento de identificación nacional (solo para estudiantes UFPS)

**MOVILIDAD INTERNACIONAL**

* Pasaporte
* Visa (de requerirse)
* 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.
* 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