**PROGRAMA DE MOVILIDAD ACADÉMICA NACIONAL SALIENTE**

**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 textoexpedida en Haga clic aquí para escribir textoestudiante del Programa Académico Haga clic aquí para escribir texto con 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 UFPS 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 del país y la universidad/institución de destino, responsabilizándose por mis actos, de los cuales se exonera de todo compromiso a la UFPS.
* 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 el cual estoy siendo beneficiario y que se generen durante la movilidad académica.
* Devolver a la UFPS los valores generados y pagados por la universidad en caso de desaprovechamiento de la actividad de movilidad, por inasistencia a las actividades o descuido intencionado, debidamente evidenciado por la Universidad/Institución de destino donde se realizó la actividad de movilidad.
* Regresar a la ciudad de origen (Colombia) 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.
* Desarrollar y cumplir en los tiempos estipulados, el plan de trabajo previamente aprobado por el Director del Programa Académico, a través del Formato Informe de Experiencia – Cronograma Plan de Trabajo.

En caso de no poder dar cumplimiento a su proceso de movilidad académica, debe solicitar por escrito la cesación de la misma al Plan de Estudios y a la Oficina de Relaciones Interinstitucionales e Internacionales con la debida justificación y con los soportes respectivos.

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 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** | | |
| **Firma:** | Haga clic aquí para escribir texto. | |
| **Nombre:** | |  |
| **Código:** | |  |
| **Cédula de Ciudadanía:** | |  |

En caso de emergencia, por favor contactar a:

|  |  |
| --- | --- |
| **ACUDIENTE DEL ESTUDIANTE** | |
| **Firma:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Nombre:** |  |
| **Cédula de Ciudadanía:** |  |
| **Parentesco:** |  |
| **Teléfonos de contacto** |  |
| **Dirección del contacto** |  |
| **Email del contacto** |  |