

Importante:

Favor diligenciar el presente formulario en **MAYÚSCULAS** y con letra legible

Fecha:

Día / Mes / Año ____ / ____ / ____

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres: _____ **Apellidos:** _____

Documento: C.C. T.I. C.E. Pasaporte No. _____

Sexo: M: _____ F: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

Lugar de nacimiento: _____ **País de nacimiento:** _____

Grupo sanguíneo: _____ **RH:** _____ **EPS:** _____

Dirección: _____ **Ciudad/Municipio:** _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____

Email Institucional: _____ **Email personal:** _____

Fotografía (Opcional)

2. INFORMACIÓN ACADÉMICA UNIVERSIDAD ORIGEN

Universidad de Origen: _____ **Sede:** _____

Programa: _____ **Facultad/Departamento:** _____

Código del estudiante: _____ **Semestre que está cursando:** _____ **Promedio Acumulado:** _____

Otros Programas que ha Cursado:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

RESPONSABLE DE INTERCAMBIOS:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Firma: _____

DIRECTOR O COORDINADOR DEL PROGRAMA:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Firma: _____

En virtud del convenio institucional suscrito por la Universidad y teniendo en cuenta mi interés en participar en el intercambio nacional, autorizo expresamente para que la información personal que la Universidad de Origen ha recolectado o que he suministrado a esta institución, sea entregada a la Universidad Anfitriona con el mismo propósito. Tratándose de una institución nacional, en calidad de titular mantendré los derechos de acceso, actualización, rectificación y supresión de datos personales o cualquier otro tipo de derecho derivado o relacionado con la protección de datos personales en los términos previstos en las leyes 1266 de 2008, 1581 de 2012 y demás disposiciones concordantes o que las modifiquen.

Nota: ten presente que el proceso para aplicar debe realizarse mínimo un mes antes del inicio de clases. Si se realiza de manera extemporánea, la Universidad no se hace responsable de las dificultades que se puedan presentar.

Acuerdo
académico

Importante:

Favor diligenciar el presente formulario en **MAYÚSCULAS** y con letra legible

Universidad Anfitriona: _____ Sede: _____

Programa al que aplica: _____

Nombre de la Rotación Electiva de Interés en la Universidad de Destino:

Fecha de Inicio de la Rotación:

____ / ____ / ____

Fecha de Finalización de la Rotación:

____ / ____ / ____

Institución en la que desea Rotar (ej. IPS, Hospital, etc.):

Breve Descripción de los Objetivos de la Rotación:

Firma y Nombre del Director en la Universidad de Origen

Firma y Nombre del Encargado en la Universidad de Destino

Requisitos:

- Ser estudiante activo en una Maestría ó Doctorado en una de las universidades participantes.
- Las actividades académicas a desarrollar en convenio, no superará la cantidad permitida por la universidad de origen.
- Haber superado exitosamente como mínimo una materia con nota igual o mayor a 4.0 en el momento de hacer la solicitud.
- Tener un promedio acumulado de 4.0 o superior, y no estar bajo sanción disciplinaria.
- Pagar los derechos de matrícula en la universidad de origen.
- Asumir los costos de desplazamiento y sostenimiento durante su estancia en la universidad anfitriona.

ANEXAR AL FORMULARIO: Hoja de Vida (máximo 2 páginas).
Notas de todos los semestres y fotocopia del documento de identificación.
Acuerdo específico en caso de pasantía de investigación o cotutoría.
Afilación a la EPS durante el tiempo de estadía.

EL PARTICIPANTE CERTIFICA QUE CONOCE Y CUMPLE LOS REQUISITOS DEL CONVENIO Y QUE SE CIÑE AL REGLAMENTO DE LA UNIVERSIDAD ANFITRIONA Y SE COMPROMETE A CONFIRMAR SI HARÁ USO O NO DEL INTERCAMBIO.

Firma del participante: _____

Espacio para la Coordinación del Convenio:

Aceptada:

Observaciones:

Si: _____ No: _____