

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 DE ORIGEN

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

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

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

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.

Importante:

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

Universidad de Destino: _____ Sede: _____

Programa al que aplica: _____

Acuerdo de Aprendizaje:

Asignaturas a homologar en la Universidad de Origen:		Asignaturas a cursar en la Universidad de Destino:	
Código	Nombre	Código	Nombre

Nombre del Director en la Universidad de Origen

Nombre del Director en la Universidad de Destino

Firma

Firma

Requisitos:

- Ser estudiante activo en una Maestría ó Doctorado en una de las universidades participantes.
- Las actividades académicas a desarrollar en convenio, no superarán 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.
Certificado de Afiliación a la EPS

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

Firma del participante: _____

Espacio para la Coordinación del Convenio:

Acceptada: _____ Observaciones: _____

Si: _____ No: _____