

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. _____ 3. _____

2. _____ 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.

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:** _____