|  |
| --- |
| INFORMACIÓN PERSONAL |
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:       |
| TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | CC [ ]  PS [ ]  VISA [ ]  C.E. [ ]  OTRO [ ]  CUAL?       |
| No.DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN:       |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (Para el ciudadano extranjero, dirección de alojamiento en Colombia) |       |
| NÚMERO DE TELÉFONO/CELULAR (Para el ciudadano extranjero, número de teléfono en Colombia) |       |
| GÉNERO | Hombre [ ]  Mujer [ ]   |
| CORREO ELECTRÓNICO |       |

|  |
| --- |
| INFORMACIÓN ACADÉMICA |
| UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA |       |
| PROGRAMA DE PROCEDENCIA |       |
| FACULTAD Y PROGRAMA QUE RECIBE AL ESTUDIANTE |       |
| MODALIDAD DE LA MOVILIDAD | PRESENCIAL [ ]  VIRTUAL [ ]  |
| TIPO DE MOVILIDAD | Intercambio (1 o 2 semestres en pregrado o posgrado [ ] Estancia o pasantía de investigación: [ ]  Rotación en Postgrados Facultad de Ciencias de la Salud: [ ] Internado Rotatorio: [ ]  Rotación de Internado Rotatorio: [ ]   |
| PRÓRROGA DE MOVILIDAD (Si va a solicitar intercambio para el siguiente semestre) | SI: [ ]  NO: [ ]   |
| FECHA DE INICIO DE LA MOVILIDAD |       |
| FECHA DE TERMINACIÓN DE LA MOVILIDAD |       |
| ASIGNATURAS A CURSAR EN UNIVERSIDAD DEL CAUCA – MATRÍCULA ACADÉMICA | Asignatura | Código y Programa |
|       |             |
|       |             |
|       |             |
|       |             |
|  |       |             |

|  |
| --- |
| DATOS DE CONTACTO EN LA UNIVERSIDAD o INSTITUCIÓN DE ORIGEN |
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS |       |
| CARGO DE LA PERSONA DE CONTACTO |       |
| No. DE TELÉFONO/CELULAR |       |
| CORREO ELECTRÓNICO |       |
| MATRÍCULA FINANCIERAVer Acuerdo Superior No.015 de 2010 – Debe revisar si existe convenio o no con su universidad o institución de origen, en : http://www.unicauca.edu.co/orii/es/convenios..Marque con X, el ítem que le corresponda: |
|  | Sin convenio – Semestre. Debe adjuntar copia del recibo de matrícula financiera pagado por el año de Internado Rotatorio o certificado del valor pagado por matrícula por el año de Internado Rotatorio, expedido en la universidad o institución de origen. |
|  | Con convenio específico - Semestre. Número: Copie aquí el número ubicado en la parte inferior de la primera hoja del convenio, que se encuentra en el enlace: <http://www.unicauca.edu.co/orii/es/convenios>.En caso de no existir convenio específico, consulte a la ORII: relacionesinter@unicauca.edu.co |
|  | Sin convenio – Asignaturas Independientes en programas académicos distintos a programas de la Facultad de Ciencias de la Salud. |
|  | Sólo Internado Rotatorio. Debe adjuntar copia del recibo de matrícula financiera pagado por el año de Internado Rotatorio o certificado del valor pagado por matrícula por el año de Internado Rotatorio, expedido en la universidad o institución de origen. |
|  | Sin convenio – Asignaturas independientes en programas académicos de la Facultad de Ciencias de la Salud |
| PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA |
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS |       |
| PARENTESCO |       |
| CORREO ELECTRÓNICO |       |
| Número Teléfono/celular |        |
| COMPROMISOS |
| En mi calidad de estudiante aceptado para realizar movilidad académica entrante en la Universidad del Cauca, mediante el presente documento asumo los siguientes compromisos:1.Declaro que:Conozco y me comprometo a cumplir el reglamento y la normatividad universitaria vigente.Exonero a la Universidad del Cauca de cualquier tipo de responsabilidad legal o civil por hechos que se presenten o me llegaren a suceder durante la movilidad académica.Conozco y me comprometo a cumplir las actividades académicas objeto de la movilidad.2.En mi calidad de estudiante colombiano, me comprometo a presentar el certificado de afiliación al Sistema de Seguridad Social, vigente en Colombia por el tiempo de duración de la movilidad.3.En mi calidad de estudiante extranjero, me comprometo a presentar copia del Seguro Médico Internacional de amplia cobertura, vigente en Colombia por el tiempo de duración de la movilidad, que incluye atención y gastos por enfermedades, hospitalizaciones y cirugías, tratamientos, medicamentos, consultas médicas y odontológicas, accidentes, repatriación y Covid 19.En cumplimiento de lo anterior, suscribo el presente documento con número de identificación. (No. de cédula de ciudadanía, pasaporte o visa).NOTA: Si el estudiante es menor de edad, este documento debe ser firmado por el Representante Legal del menor.Firma del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No. CC, PS o Visa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |