|  |  |
| --- | --- |
| 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 FINANCIERA  Ver 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |