|  |
| --- |
| ***Espacio para la ORI:* FECHA RECIBIDO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NÚMERO DE SOLICITUD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN PERSONAL** | Nombres y apellidos |  |
| Tipo y N° de Documento de Identidad |  | Fecha de nacimiento (DD/MM/AAA) |  |
| Dirección actual |  | Teléfono |  |
| Celular |  | Email |  |
| Nombre de contacto país de origen |  | Celular: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN ACADÉMICA** | Programa Académico que cursa actualmente |  | Nivel (Semestre) |  |
| Código |  | Promedio académico general |  |
| Sanciones disciplinarias |  Sí No  |  |
| Experiencias previas de movilidad |  Si No | Cuál |  |
| Lengua materna |  |
| Conocimiento en otros idiomasA= BásicoB= IntermedioC= Avanzado  | Idioma | Habla | Escribe | Lee |
| A | B | C | A | B | C | A | B | C |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DETALLES DE LA MOVILIDAD** | Tipo de movilidad *(Marque con X el o los tipos de movilidad).* | a. Intercambio académico |  |
| b. Práctica nacional o internacional |  |
| c. Movilidad para aprendizaje de idiomas |  |
| d. Misión académica, cultural y/o empresarial |  |
| e. Participación en eventos académicos, investigativos deportivos y/o culturales |  |
| f. Estancia académica o de investigación  |  |
| g. Otro, Cuál \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Fecha de inicio de la movilidad | (DD/MM/AAAA) | Fecha de finalización de la movilidad  | (DD/MM/AAAA) |
| Nombre de la institución de origen |  |
| Ciudad y País |  |
| Programa académico que visita |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESTADO DE SALUD** | ¿Tiene alguna enfermedad de carácter físico o mental que requiera consideración especial durante su movilidad? | Sí  | No |
| En caso afirmativo, por favor registre el nombre de la enfermedad y anexe certificado médico con indicaciones a tener en cuenta durante la movilidad. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DECLARACIÓN** | **Estoy de acuerdo y me comprometo a:** |
| Acatar las políticas y normas de la Institución Universitaria Visión de las Américas. |
| Ser responsable de los gastos que se generen de mi movilidad tales como: tiquetes aéreos, manutención, papelería, seguro internacional, trámites de visa y otros que puedan ser necesarios en el desarrollo del intercambio. |
| Reportar mediante correo electrónico o por otros medios la información requerida por la ORI. |
| Entregar a la ORI material fotográfico y participar en la elaboración de un vídeo o una reseña de movilidad académica |
| Realizar la evaluación y cierre de la movilidad, antes de finalizar el periodo académico (***si su movilidad es por intercambio, práctica, aprendizaje de idiomas, estancia académica o de investigación***). |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXOS PARA TODA MOVILIDAD** | Carta de postulación de la institución de origen |
| Carta de motivación del estudiante |
| Autorización de derechos de imagen |
| Certificado de notas en español |
| Certificado de conocimiento básico del idioma español, para estudiantes no hispano hablantes. |
| Fotocopia de cédula o pasaporte (si es estudiante internacional) |
| Póliza de seguro médico y de accidentes internacional (para movilidad internacional)  |
| Copia de afiliación a la EPS y póliza de accidentes (para movilidad nacional)  |

|  |  |
| --- | --- |
| **OTROS ANEXOS** **PARA PRACTICAS SALUD**  | Esquema de vacunación completo de acuerdo con los requisitos del programa académico  |
| Póliza de responsabilidad civil profesional  |
| Póliza de afiliación a la ARL de la institución de origen (para movilidad nacional) |
| Hoja de vida académica  |
| Carta de libertad para la realización del Internado expedida por el Decano o Director del programa de la institución de origen. (**para Internado Medicina**) |
| Certificado de competencias en Lengua Inglesa según el marco europeo en B1. **(para Internado Medicina**) |
| Certificación de los cursos de la American Heart Asociation. (**para** **Internado Medicina**) |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

**APROBACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma Decano o Director de Programa** |  |
| **Firma Director/ Coordinador ORI** |  |