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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETO MOVILIDAD** | **El objeto de esta movilidad está enmarcado en:**  | Investigación \_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_ Académico \_\_\_\_Bienestar \_\_\_\_ | **El presupuesto de esta movilidad está incluido en:**  | **Proyecto Investigación** \_\_\_\_ Cód.\_\_\_\_\_\_ Nombre Proyecto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Actividad extensión** \_\_\_\_\_\_ Nombre de la Actividad Ext.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **SEDE:**Pereira \_\_\_ Medellín\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN PERSONAL** | Nombres y apellidos |  |
| Documento de identidad |  | Fecha de nacimiento  | (DD/MM/AAAA) |
| Dirección actual |  | Teléfono fijo |  |
| Celular |  | Email |  |
| Nombre madre o padre |  | N° Celular  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DETALLES DE LA MOVILIDAD** | **Modalidad**  | **Virtual \_\_\_\_\_\_ Presencial \_\_\_\_\_\_\_** |
| Tipo de movilidad *(Marque con X el tipo de movilidad).* | a. Intercambio académico |  |
| b. Práctica nacional o internacional  |  |
| c. Misión académica, cultural y/o empresarial  |  |
| d. Movilidad para aprendizaje de idiomas |  |
| e. Participación en eventos académicos, investigativos deportivos y/o culturales |  |
| f. Estancia académica o de investigación  |  |
| g. Otro, Cuál \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |
| Fecha de inicio movilidad (DD/MM/AAAA) |  | Fecha de finalización (DD/MM/AAAA) |  |
| Nombre de la institución que visita |  |
| Ciudad y País |  |
| Seguro médico adquirido | Nombre de la aseguradora |  | Valor de cobertura. |  |
| Nombre del evento **(si aplica)** |  |
| Tipo de participación en el evento  | *Presentación Ponencia* | *Presentación Póster* | *Otro \_\_\_\_\_\_\_* |
| Nombre de la ponencia/ póster o producto a presentar **(si aplica)**  |  |
| ¿El producto a presentar en la movilidad está articulado a un grupo/ semillero de investigación? |    SíNo**¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| ¿Del evento se deriva publicación? | Artículo \_\_\_ Artículo Resumen \_\_\_ Memoria de Evento \_\_\_ Capítulo de Libro \_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESTADO DE SALUD** | ¿Tiene alguna enfermedad de carácter físico o mental que requiera consideración especial durante su movilidad? | Si  | 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. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN ACADÉMICA** | Programa Académico |  | Promedio Académico acumulado  |  |
| Nivel (Semestre) |  | Código |  |
| ¿Requiere presentar Saber PRO durante el periodo de movilidad? |   Sí No***\*\*Recuerde que este compromiso debe cumplirse independiente que realice la movilidad***  |
| Requiere presentar examen de lengua extranjera |   Sí No***\*\*Recuerde que este compromiso debe cumplirse independiente que realice la movilidad***  |
| Sanciones disciplinarias | Sí No  |
| ¿Se encuentra a paz y salvo financieramente con la institución? | Sí No  |
| Pertenece a un grupo/ semillero de Investigación | Sí No  |
| Nombre del grupo/ semillero de Investigación |  | Tiempo de permanencia en el grupo/ semillero de Investigación  |  |
| Participación en publicaciones del grupo/ semillero de Investigación |  |
| Experiencias previas de movilidad | Si | No | ¿Cuál? |  |
| Conocimiento en otros idiomasA= BásicoB= IntermedioC= Avanzado  | Idioma | **Habla** | **Escribe** | **Lee** |
| A | B | C | A | B | C | A | B | C |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPROMISOS** | **Estoy de acuerdo y me comprometo a:** |
| Acatar las políticas y normas de la institución de destino. |
| 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. |
| Adquirir un seguro médico internacional con una compañía confiable y con el cubrimiento mínimo estipulado en la Guía de Movilidad Saliente de Estudiantes. En caso de que el seguro médico no cubra mis necesidades generadas en la movilidad, las asumiré personalmente. |
| Reportar mediante correo electrónico o por otros medios la información requerida por la ORI.  |
| Suministrar mis datos de contacto a estudiantes aceptados en la misma institución de destino. |
| * Entregar registros fotográficos o vídeos de la movilidad solicitada. Autorizo de manera libre y voluntaria a la Institución Universitaria Visión de las Américas el uso de este material para fines académicos y publicitarios en el marco del desarrollo de actividades relacionadas al objeto social de la institución.
* Si la movilidad es por participación en eventos académicos, científicos y/o deportivos, con apoyo institucional, debe diligenciar el formato ***Informe de Movilidad*** y entregarlo a la Decanatura y/o Dirección del programa, a más tardar 5 días posterior al término de la movilidad.
* Si la movilidad es por *intercambio, práctica, aprendizaje de idiomas, estancia académica o de investigación,* debe diligenciar el formato: ***Evaluación y Cierre de la Movilidad y elaborar un vídeo o una Reseña de la Movilidad*** y entregarlos a la ORI a finalizar la movilidad.
 |

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

 **FIRMA DEL ESTUDIANTE**

|  |
| --- |
| **AUTORIZACIÓN DEL****DECANO(A) O DIRECTOR(A) DE PROGRAMA DE LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN.** |
| *El solicitante está a paz y salvo con los compromisos adquiridos en movilidades anteriores.* | *Sí* |  | *No*  |  | *N/A* |  |
| **Instancia** | **Nombre y Firma** | **Argumente la pertinencia de la movilidad** |
| **Decano(a) o Director(a) de Programa** | Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **\* Para movilidades por investigación** (Firma del líder del grupo/ semillero de Investigación) | Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

 **Anexar a la solicitud**

***Si se trata de intercambio o práctica, anexar:***

* Fotocopia del documento de identidad y el pasaporte (si es internacional).
* *Plan de cursos*
* Carta de aprobación de los padres (si aplica)
* Certificado de notas del programa académico
* Carta de motivación
* Certificado de conocimiento de lengua extranjera *(Aplica sólo para movilidades a países no hispano hablantes)*
* *Carta de aval del Comité de Prácticas Clínicas* (*Si se trata de rotación médica)*
* *Copia de póliza de responsabilidad civil (únicamente para estudiantes de Medicina)*
* *Copia de la póliza de seguro médico internacional (aplica para la movilidad internacional)*
* *Certificado de afiliación a PBS: Plan Básico de Salud (aplica para la movilidad nacional)*

***Si se trata de movilidad para el aprendizaje de idiomas, anexar:***

* Fotocopia del documento de identidad y el pasaporte.
* *Plan de cursos*
* Carta de aprobación de los padres
* Carta de motivación
* Carta de aceptación de la institución donde realizará los estudios

***Si se trata de presentación de ponencia, pósteres u otros trabajos en representación de la institución, anexar:***

* Fotocopia del documento de identidad o el pasaporte.
* *Programación completa del* evento (preliminar o definitivo)
* *Aceptación de la ponencia o el trabajo a presentar (si aplica)*
* *Abstract de la ponencia o poster o trabajo a presentar con la filial institucional de la Institución Universitaria Visión de las Américas*
* *Cotización de tiquetes, hotel e inscripción al evento (si aplica)*
* *Póliza de seguro médico internacional (si aplica)*
* *RUT a nombre del estudiante (si aplica)*
* *Certificación de cuenta bancario o \*carta de autorización a consignar en cuenta bancaria de terceros con certificación bancaria de tercero. (si aplica)*

**PRESUPUESTO**

***\*Aplica SOLO en caso de presentación de ponencias u otros trabajos en representación de la Institución***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRESUPUESTO SOLICITADO** | **Concepto** | **Descripción** | **Valor estimado** |
| Hospedaje |  |  |
| Viáticos |  |  |
| Tiquetes |  |  |
| Inscripción |  |  |
| Otros |  |  |
|  | ***TOTAL:***  |