|  |
| --- |
| ***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) |  | Promedio académico general |  |
| Sanciones disciplinarias |  Sí No  |  |
| Experiencias previas de movilidad |  Sí 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** | Modalidad  | Virtual \_\_\_\_\_ Presencial \_\_\_\_\_\_ |
| Tipo de movilidad *(Marque con X el tipo 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 |  | Sede**:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. |
| Adquirir un seguro médico internacional con una compañía confiable y con el cubrimiento mínimo estipulado en la Guía de Movilidad Entrante 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. |
| Entregar a la ORI 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. |
| Realizar la encuesta “evaluación 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 |
| 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 (si aplica). |
| Póliza de afiliación a la ARL de la institución de origen (para movilidad nacional) |
| Hoja de vida académica de acuerdo con los requisitos del programa académico (si aplica). |
| 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 común europeo en B1. **(para Internado Medicina**) |
| Certificación de los cursos de la American Heart Asociation. (**para** **Internado Medicina**) |

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

**FIRMA DEL ESTUDIANTE**

***APROBACIÓN POR LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN***

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma Director / Coordinador Oficina de Relaciones Internacionales** |  |