## Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Día/ Mes/ Año

*En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios en calidad de titular(es) de la información de manera libre, expresa e informada, autorizo a LA USB MED, a la IUSH y/o a la persona natural o jurídica a quién este encargue, a recolectar, almacenar, utilizar, circular, suprimir y en general, a usar mis datos personales para el cumplimiento de los fines relacionados con su objeto social.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Sí*** |  | ***No*** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS PERSONALES** | | | | | | |
| Nombres |  | | | | | |
| Apellidos |  | | | | | |
| Sexo: Femenino **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Masculino **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| Correo Electrónico | | | | | | |
| **Información del documento de identificación** | | | | | | |
| Número del documento de identidad | | |  | | | |
| **Datos de Nacimiento** | | | | | | |
| Fecha: Día/ Mes/ Año | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Dirección actual de residencia** | | | | | | |
| Dirección | |  | | | | |
| Ciudad | |  | | | | |
| Teléfono fijo ( | |  | | | Móvil |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS ACADÉMICOS** | | | | | |
| Universidad de Origen | | |  | | |
| Facultad/Departamento | | |  | | |
| Nombre Pregrado/Posgrado | | |  | | |
| Semestre | |  | Promedio acumulado | |  |
| Contacto para intercambios | | |  | | |
| Teléfono |  | | Correo Electrónico |  | |
| En caso de emergencia contactar a: | Nombre: | | Teléfono | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACIÓN DE LA MOVILIDAD ACADÉMICA** | | | |
| Programa en universidad receptora | |  | |
| **Duración** | 1 semestre  ( ) | | 2 semestres  ( ) |

|  |
| --- |
| 1. **MOTIVACIÓN** |
| Por favor redacte sus razones para solicitar movilidad en la Universidad receptora |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **6. PROYECTO DE HOMOLOGACIÓN DE ASIGNATURAS (VER OFERTA DE CURSOS ANEXA)** | | | |
| ASIGNATURAS MATRICULADAS EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN | | PLAN DE MATERIAS A VER EN LA UNIVERSIDAD RECEPTORA | |
| **Nº CRÉDITOS** | **ASIGNATURA** | **Nº CRÉDITOS** | **ASIGNATURA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Observaciones** (Note) | | | |
| **CARTA DE COMPROMISO** | | | |
| Por medio del presente confirmo que estoy de acuerdo con las siguientes condiciones para la movilidad en la Universidad receptora:   1. Las asignaturas a cursar deben estar aprobadas por la autoridad responsable en la universidad de origen. 2. Durante el período de movilidad, me comprometo a matricularle y pagar en mi universidad de origen. 3. Cumplir y acatar la normatividad y reglamento estudiantil en universidad de origen y receptora. 4. Incurrir en los gastos que puedan ser solicitados por la universidad receptora como: carné, poliza estudiantil, certificados, entre otros. 5. Los costos de sostenimiento (alimentación, transporte, entre otros) serán asumidos por mí. 6. Autorizo a la Universidad de destino publicar mis datos, fotografías y testimonio escrito en los canales y medios que tiene (virtuales y audiovisuales). 7. Durante el periodo de movilidad debo mantener informada a la Oficina de Relaciones Internacionales y a la Universidad de origen de mi evolución académica. 8. Notificar al Director del Programa y la Oficina de Relaciones Internacionales cualquier cambio o cancelación en las materias oportunamente**.** 9. Entregar un informe de movilidad de acuerdo a la información requerida por la Oficina de Relaciones Internacionales de la Universidad receptora y de origen. 10. Informaré a la Oficina de Relaciones Internacionales de la Universidad de origen y destino en caso de sufrir alguna enfermedad de carácter físico o mental que requiera consideración especial que pueda afectar mi movilidad. ¿Sufro de alguna enfermedad?  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ***Sí*** |  | ***No*** |  |   En caso afirmativo, por favor indicar brevemente cuál  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. Consiento y autorizo de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados para el cumplimiento de las siguientes finalidades:   (i)Consultorías, auditorías, asesorías y servicios relacionados, (ii) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales, todo de acuerdo con lo dispuesto en la ley, (iii) actividades tendientes a facturación, recaudo, (iv) Gestión económica y contable, (v) Fidelización de clientes y analítica de datos (vi) Atención al Cliente (PQR), (vii) Fines históricos, científicos o estadísticos, (viii) Gestión administrativa, (ix) Gestión de clientes, (x) transmisión y transferencia de datos en Colombia y hacia el exterior, (xi) Publicidad propia, y de terceros (xii) Video vigilancia, (xiii) Seguridad y control acceso a edificios, (xiv) Registro de entrada y salida de documentos, (xv) Enseñanza universitaria o superior , (xvi) Becas y ayudas a estudiantes, (xvii) Actividades asociativas, culturales, recreativas, deportivas y sociales, (xviii) atención en salud y bienestar universitario.  La universidad receptora me ha informado que como titular de datos personales sensibles no estoy obligado a otorgar autorización sobre esta clase de datos y que sólo se podrán tratar si se cuenta con mi consentimiento expreso el cual otorgo mediante la firma de este documento  Acepto que no cumplir con estos requisitos, puede traerme como consecuencia la cancelación de mi participación en el programa de movilidad.  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma del estudiante** | | | |

**Campos para ser diligenciados por la Universidad de origen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aprueban** | |
| **Universidad** | Firma del responsable académico  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha |
| Firma del responsable de Relaciones Internacionales.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha |

**POR FAVOR ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS**

1. Fotocopia del pasaporte o documento de identidad.
2. Certificado de EPS o Sisbén.
3. Carta de presentación de la Universidad de origen indicando el promedio del estudiante (como mínimo 3.5). Esta debe ser firmada por el Decano (a) y/o Director de Programa, así como el Jefe de la Oficina de Relaciones Internacionales (es gestionada por la ORI)