

FORMATO SOLICITUD DE MOVILIDAD



SIES +
Educación por Norte de Santander

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres: _____ Apellidos: _____

Fecha: **D / M / A**

Tipo de Identificación: **T.I** | **C.C** | **C.E** | **OTRO (CUAL)** | No. _____

Sexo: **M** | **F** | Fecha de Nacimiento: _____

E-mail: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Departamento: _____

Dirección de Residencia: _____

INFORMACIÓN DEL CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombres: _____ Apellidos: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

2. INFORMACIÓN ACADÉMICA

INFORMACIÓN INSTITUCIÓN DE ORIGEN

Fecha de inicio: **D / M / A**

Nombre de institución de origen: _____

Fecha de finalización: **D / M / A**

Programa académico en curso: _____ Promedio acumulado: _____

Nivel de estudio: **Pregrado** | **Especialización** | **Maestría** | **Doctorado** | **Último semestre/Año cursado:** _____

INFORMACIÓN INSTITUCIÓN DE DESTINO

Nombre de institución destino: _____

Programa académico institución destino: _____

Nombre coordinador de movilidad: _____ E-mail coordinador de movilidad: _____

TIPO DE MOVILIDAD

Intercambio Académico | **Práctica/Pasantía profesional** | **Estancia investigativa** | **Curso** | **Participación en eventos** |

Misión académica | **Otro:** _____

3. DOCUMENTOS GENERALES

1. Formato Solicitud de programas de movilidad para estudiantes visitantes
2. Fotocopia de documento identidad ampliado al 150 %
3. Fotocopia de carnet universitario actualizado
4. Carta de recomendación de un docente
5. Ensayo motivación (una página)
6. Certificado de notas
7. Seguro medico

	✓	X
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

4. PRE HOMOLOGACIÓN DE ASIGNATURAS

INSTITUCIÓN DE ORIGEN				INSTITUCIÓN DE DESTINO			
Código	Nombre de la asignatura	Créditos	Horas	Código	Nombre de la asignatura	Créditos	Horas

*Este documento únicamente establece la equivalencia entre las materias de la Institución de Origen y de la Institución de destino. Debe considerar que la homologación definitiva se realizará una vez se hayan aprobado satisfactoriamente las asignaturas cursadas de la Institución de destino.

FIRMAS

Firma Director
del Programa

Firma Director
del Programa

Firma del Postulante

INSTITUCIÓN DE ORIGEN

Fecha

D / M / A

INSTITUCIÓN DE DESTINO

Fecha

D / M / A

Vo. Bo. Coordinador de movilidad: _____