



UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA
SEDE BOGOTÁ

FORMATO

PREGRADO Y POSGRADO: SOLICITUD DE MOVILIDAD ACADÉMICA

FECHA DE
VERSIÓN:
11-JUL-16

La información de este recuadro es para el control del registro. Favor no modificarla.

Fecha: ____ de ____ de ____

1. DATOS PERSONALES						
Nombres			Apellidos			
Tipo de Documento de Identidad		C.C	T.I	C.E	Pasaporte	No.
Datos de Nacimiento	Fecha		Lugar de nacimiento			
	DD	MM	AAAA	País de nacimiento		
			Nacionalidad			
Dirección del lugar de Origen						
Ciudad/Municipio			País	Teléfono fijo		
Correo Electrónico				Móvil		

2. DATOS ACADÉMICOS						
Universidad de Origen						
Dirección						
Programa Académico			Posición actual	Semestre		
			Facultad/Departamento			
Contacto para intercambios						
Correo Electrónico			Teléfono			
Universidad Destino						

3. IDIOMAS				
Parámetro de Calificación: Muy bien (MB) - Bien (B)- Regular (R) – Poco (P)				
Idioma 1	Comprensión Lectora	Habla	Escribe	Escucha
Idioma 2	Comprensión Lectora	Habla	Escribe	Escucha

4. DATOS DE LA MOVILIDAD ACADÉMICA									
Programa Académico									
Duración de la movilidad		Un semestre		Dos semestres		Otro:			
Calendario Académico		Semestre			Semestre				
¿Es ésta una solicitud de Prórroga?		SI	NO	¿Requiere información de hospedaje?			SI	NO	
Tipo de Movilidad (Seleccione)									
Semestre académico	Estancia corta	Práctica Internacional	Estancia de investigación	Doble Titulación	Co-Tutela Tesis Maestría o Doctorado	Estancia de docencia			
Opciones de Movilidad (Seleccione)									
Convenio		Sin Convenio		Entre seccionales		Extensiones de seccionales			

5. JUSTIFICACIÓN O MOTIVACIÓN
Por favor redacte en español sus razones para solicitar intercambio en la Universidad destino.

6. PROYECTO DE HOMOLOGACIÓN DE ASIGNATURAS (si aplica)

ASIGNATURAS MATRICULADAS EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN

Código	Asignatura (Nombre completo)	NIVEL

ASIGNATURAS A MATRICULAR EN LA UNIVERSIDAD 89 DESTINO

Código	Asignatura (Nombre Completo)	NIVEL

APROBACIÓN DE MOVILIDAD

Firma del solicitante: _____

Nombre del Decano / Director de Programa: _____

Firma / sello: _____

Nombre de la Autoridad en la Oficina Internacional: _____

Firma / sello: _____

Declaro que obtendré el seguro médico internacional correspondiente durante mi estancia en la universidad de destino.
Declaro que poseo los medios financieros necesarios para realizar mi estancia en la universidad de destino.
Declaro que cumpliré con la reglamentación migratoria del lugar de destino.

Por favor adjunte los documentos requeridos a su aplicación (Si prorroga, no aplica) LIMPIAR FORMULARIO