

**INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIANTE**

**FOTO DEL  
POSTULADO**

**3X2**

**Versión 01**

**Categoría de Movilidad:** \_\_\_\_\_

**Nombres:** \_\_\_\_\_

**Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Residencia:** \_\_\_\_\_ **Móvil:** \_\_\_\_\_

**F**

**Tipo Documento de Identidad:** \_\_\_\_\_ **Numero Documento:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** DD/MM/AA/ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **País de Residencia:** \_\_\_\_\_

**Nacionalidad:** \_\_\_\_\_ **Ciudad de Residencial** \_\_\_\_\_

**Dirección de Residencia:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ACADÉMICA DEL POSTULANTE**

**Programa Académico al que pertenece:** \_\_\_\_\_

**Semestre o año académico que cursa:** \_\_\_\_\_ **Promedio Académico Ponderado:** \_\_\_\_\_

**Programa Académico a Postularse:** \_\_\_\_\_

**Institución Académica a Postularse:** \_\_\_\_\_

**Tipo de Postulación:**

Año o semestre académico  Práctica Profesional o Pasantía  Curso de Idiomas  Otra

Especifique cual: \_\_\_\_\_

**Tipo de Postulación**    **Tipo de Movilidad**    **Periodo Académico:**

Nacional   
  
Internacional

Entrante   
  
Saliente

Enero – Junio     Agosto – Diciembre     Intersemestral   
(Cursos de verano)  
*Marque las casillas Enero – Junio / Agosto – Diciembre en caso de ser un año académico*

**INFORMACIÓN DEL ACUDIENTE**

**Nombres:** \_\_\_\_\_ **Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Residencia:** \_\_\_\_\_ **Móvil:** \_\_\_\_\_

**Vínculo o Parentesco:** \_\_\_\_\_ **País de Residencia:** \_\_\_\_\_

**Dirección de Residencia:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL DIRECTOR DEL PROGRAMA ACADÉMICO AL QUE PERTENECE**

**Nombres:** \_\_\_\_\_ **Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Código Postal:** \_\_\_\_\_ **País:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO EN OFICINA DE RELACIONES INTERNACIONALES**

**Nombres:** BERNARDO **Apellidos:** PATIÑO MANSILLA

**Teléfono de contacto:** 6917700 EXT. 1321 - 1322 **Ciudad:** BUCARAMANGA

**Código Postal:** \_\_\_\_\_ **País:** COLOMBIA

**Dirección:** CALLE DE LOS ESTUDIANTES N° 9-82 BUCARAMANGA

**Correo Electrónico:** ori@correo.uts.edu.co

***Nota:** Si es en movilidad internacional o nacional entrante a las UTS deberá registrar los datos de contacto de la oficina de relaciones internacionales de su universidad. Si es movilidad nacional o internacional saliente de estudiantes UTS, deberá registrar los datos de contacto de la oficina de relaciones internacionales de la Universidad externa en la que realizará su proceso de movilidad.*

INFORMACIÓN DE ASIGNATURAS A CURSAR			
Asignatura en Institución educativa de Origen	Créditos de asignatura en la Institución de Origen	Asignatura a Cursar en Institución educativa Receptora	Créditos de asignatura en la institución receptora

### Información Médica Básica

Empresa que le expidió el seguro médico Internacional o EPS: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Internacional: \_\_\_\_\_ Vigencia: De: DD/MM/AA/ - A: DD / MM / AA/

Estatura: \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_ Alergias: SI / NO /

Tipo de Alergia: \_\_\_\_\_

Medicamentos que se le han formulado: \_\_\_\_\_

Enfermedades y/o cirugías: \_\_\_\_\_

### Información Contactos de Emergencia

Nombre de Contacto 1: \_\_\_\_\_

Teléfono de Residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Información Contactos de Emergencia

Nombre de Contacto 2: \_\_\_\_\_

Teléfono de Residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

