

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

