PROGRAMA DE INTERCAMBIO ACADÉMICO LATINOAMERICANO

FICHA DEL ESTUDIANTE – PILA PRESENCIAL

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN

Área de estudio:	***Nombre del programa académico de Unillanos***
Universidad de destino:	
Universidad de origen:	
Dirección:	

COORDINADOR INSTITUCIONAL

Nombre y Apellidos:	***Nombre del director del programa de Unillanos***
Cargo:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

RESPONSABLE

Nombre y Apellidos:	**Yesid Miguel Beltrán Tovar**
Cargo:	**Jefe de Oficina de Internacionalización y Relaciones Interinstitucionales**
Teléfono:	**PBX: +57 (608) 6611623 Ext.: 159**
Correo electrónico:	**Movilidad.academica@unillanos.edu.co**

PILA Programa de Intercambio Académico Latinoamericano

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

Apellido: _____

Nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ DNI / Pasaporte: _____

Género: _____ Nacionalidad: _____

Lugar de nacimiento: _____

Dirección familiar (calle, ciudad, código postal, país): _____

_____

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Tiempo de estancia en la Universidad de destino: desde (mes y año) ____/_____ hasta (mes y año) ____/_____

DATOS DE CONTACTO EN CASO DE NECESIDAD O CONTINGENCIA

Nombres y Apellidos: _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

PROGRAMA DE INTERCAMBIO ACADÉMICO LATINOAMERICANO

COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO
CONTRATO DE ESTUDIOS

1. DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos: _____ Nombres: _____

Pasaporte / DNI: _____

2. ASIGNATURAS A CURSAR EN LA UNIVERSIDAD DE DESTINO

Universidad de destino: _____ País: _____

Materias	Código	Denominación	Carga lectiva
1			
2			
3			
4			
5			

Observaciones:

3. ASIGNATURAS A RECONOCER EN LA UNIVERSIDAD DE ORIGEN

Universidad de origen: _____ País: _____

Materias	Código	Denominación	Carga lectiva
1			
2			
3			
4			
5			

Observaciones:

Programa de Intercambio Académico Latinoamericano

Firma y Sello:
Nombre:
Director de Programa Académico
Universidad de los Llanos

Firma y Sello:
Nombre:
Responsable de OIRI
Universidad de los Llanos

4. **COMPROMISO PREVIO DE RECONOCIMIENTO ACADÉMICO**

Como Responsable Académico de la carrera _____, de (nombre de la Institución) _____; doy mi conformidad a la movilidad del / la estudiante _____

El mismo cursará las asignaturas del punto 2 de este documento y le serán reconocidas por las asignaturas que figuran en el punto 3, siempre y cuando supere los exámenes o pruebas correspondientes en la Universidad de destino.

Para que conste a efectos de facilitar en el futuro la tramitación del reconocimiento de los estudios realizados en el extranjero, además de mi firma se presenta la de la autoridad competente a nivel Institucional.

Firma y Sello:
Nombre:
Director de Programa Académico
Universidad de los Llanos
Lugar y fecha: _____, ___/___/_____

Firma y Sello:
Nombre:
Responsable de OIRI
Universidad de los Llanos
Lugar y fecha: _____, ___/___/_____

5. CONFORMIDAD DEL ESTUDIANTE

El estudiante beneficiario del Programa de Intercambio Académico Latinoamericano (P.I.L.A.) se compromete a cursar el programa de estudios acordado, durante el período de movilidad establecido desde (mes y año) ____/_____ hasta (mes y año) ____/_____

El beneficiario deberá comunicar de inmediato a la Institución de origen, todo cambio en el programa propuesto originalmente, que estará sujeto a la aprobación de los coordinadores de las respectivas universidades (de destino y de origen).

El estudiante deberá traer consigo a su regreso, la documentación requerida para el reconocimiento de sus estudios en el exterior (programas de las asignaturas aprobadas, certificados / avalados por la Universidad Extranjera de movilidad).

El beneficiario del Programa se compromete con su Universidad de origen, a participar y acompañar a los estudiantes extranjeros que arriben a la Institución en el marco de los Programas de intercambio (este u otro), al menos durante un año a partir de la finalización de su estancia académica en el exterior.

El beneficiario declara que estará amparado durante su estancia en el extranjero por un seguro de vida, accidente y enfermedad, incluidos los viajes de ida y regreso.

Asimismo, se compromete a regresar a su universidad de origen finalizado el período de movilidad.

- En caso de ser necesario, la universidad podrá agregar otras cláusulas que considere necesarias para un intercambio positivo.

Firma del estudiante: _____

Apellido y Nombres: _____

Lugar y fecha: _____, ____/____/_____

6. MODIFICACIONES AL CONTRATO DE ESTUDIOS PROPUESTO ORIGINALMENTE

	Código	Denominación	Carga Lectiva
Materias Anuladas			

Materias Añadidas			

INSTITUCIÓN DE ORIGEN

Nombre de la Institución de Origen: _____ País: _____

Confirmamos que las modificaciones anteriormente detalladas al contrato de estudios inicialmente acordado han sido aceptadas.

Firma y Sello:
Nombre:
Director de Programa Académico
Universidad de los Llanos
Fecha: ____/____/_____

Firma y Sello:
Nombre:
Responsable de OIRI
Universidad de los Llanos
Fecha: ____/____/_____

INSTITUCIÓN DE DESTINO

Nombre de la Institución de Destino: _____ País: _____

Confirmamos que las modificaciones anteriormente detalladas al programa o contrato de estudios inicialmente acordado han sido aceptadas.

Nombre y firma del Responsable Académico
Fecha: ____/____/_____

Nombre y firma del Coordinador Institucional
Fecha: ____/____/_____

Nombre y firma del Estudiante
Fecha: ____/____/_____