# Movilidad Saliente estudiante

**I. Información General**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del candidato |  |
| Cédula del candidato |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Teléfono |  |
| Correo Electrónico |  |
| Facultad a la que corresponde |  |
| N° Visa de estudio / pasaporte |  |
| Semillero de investigación  Doble titulación |  |
| Programa académico que se beneficia con la movilidad |  |
| Nombre de la Institución con la que se acuerda la movilidad |  |
| País destino |  |
| Duración de la movilidad (adicional a los días de desplazamiento) |  |
| Valor Total de la movilidad ($) |  |
| Valor de cofinanciación (aporte de la UCM de acuerdo con los términos de referencia) |  |
| Valor de contrapartida ($) |  |
| Fecha de inicio y fecha de finalización de la movilidad (incluye tiempo de desplazamiento) |  |

**II. Información Académica**

**1. Descripción de la propuesta** *(mencione, en términos generales, en qué consiste la propuesta de movilidad saliente)*

**2. Justificación de la Institución Internacional elegida** *(exponga las razones por las cuales ha elegido la institución)*

**3. Justificación del impacto en el programa académico**. *Cómo contribuye el ejercicio de movilidad al fortalecimiento del programa y a sus procesos de acreditación.*

**4. Cronograma de actividades de la movilidad.** *Mencione las actividades que desarrollará durante su estadía en la institución extranjera.*

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE LA ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

**5. Entregables tangibles para la UCM**. *Cuáles son los resultados tangibles de la ejecución de la movilidad. Ej.: Base de datos, propuesta de proyecto de investigación y/o desarrollo, vinculación a una red académica o científica…*

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL ENTREGABLE | FECHA PROPUESTA DE ENTREGA |
| Certificado de notas aprobadas expedido por la IES extranjera |  |
| Visa de estudiante |  |
| Seguro Médico Internacional  Assist Card |  |
| Presentación institucional UCM |  |
| Presentación feria experiencias de internacionalización en la UCM |  |

Nota: Los entregables obligatorios son:

* Seguro médico internacional o assist card,
* Copia de la visa de estudiante,
* La presentación institucional de la UCM a socializar en la Universidad destino.
* Propuesta de transferencia para la socialización y difusión de los resultados de la movilidad o práctica, a presentar a su llegada.

**III. Información Financiera**

**1. Detalle del presupuesto**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RUBRO | COFINANCIACIÓN (UCM) | CONTRAPARTIDA | VALOR TOTAL |
| Tiquetes aéreos |  |  |  |
| Alojamiento |  |  |  |
| Alimentación |  |  |  |
| Transporte urbano |  |  |  |
| Seguro médico |  |  |  |
| Descuento matricula 50% |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |

Nota: *La propuesta no debe superar seis (6) hojas (que incluyen el capítulo de Información General), con las siguientes especificaciones: a) Tipo de letra: Century Gothic a 11 puntos; b) 2 cm en todas las márgenes; c) usar las tablas propuestas en el formato.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Por medio de la presente, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la Universidad Católica de Manizales con NIT 890.806.477-9, en calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales para que directamente o a través de un tercero recolecte, almacene, circule, utilice, suprima y en general para que trate mis Datos Personales para las finalidades generales de todos los Grupos de Interés y las específicas para Aspirantes, Estudiantes, Graduados y Familias, contenidas en la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales, la cual declaro conocer y entender, y como tal, forma parte integral de la presente autorización, la cual puede ser consultada en la página web www.colpresentacioncartago.edu.co. De igual manera, otorgo mi autorización para las siguientes:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FINALIDADES** | | **AUTORIZO** | |
| **SI** | **NO** |
| 1. | Transmisión y transferencia de Datos Personales a terceros con los cuales la Universidad Católica de Manizales tenga relación contractual y que sea necesario entregársela para el cumplimiento del objeto contratado, atendiendo a nuestra Política de Privacidad. |  |  |
| 2. | Registro fotográfico y audiovisual de los estudiantes, graduados y sus familias y publicación en páginas web, redes sociales, canales internos, revistas, periódicos y agendas institucionales. |  |  |
| 3. | Envío de comunicaciones relacionadas con las finalidades contenidas en la Política de Privacidad, la misión institucional de la Universidad, mercadeo, encuestas, convocatoria a eventos, convenios, ofertas académicas, participación en procesos institucionales, boletines con comunicaciones de interés y campañas de actualización de datos, a través de los datos de contacto profesionales, empresariales y/o personales de los Titulares. |  |  |

Asimismo, declaro que soy Titular de los datos suministrados y que los mismos son exactos, veraces y completos.

Manifiesto que me fueron informados mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y solicitar que se supriman mis datos personales, en los casos que proceda conforme a las normas vigentes, o de revocar mi autorización para alguna(s) de las finalidades contenidas en la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales, salvo cuando tenga un deber legal o contractual de permanecer en las bases de datos.

Declaro que me fue informada la facultad que tengo para autorizar el tratamiento a mis datos sensibles, entendidos estos como aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido pueda generar su discriminación, tales como aquellos que revelen la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, los datos biométricos (huella dactilar, el iris del ojo, voz, forma de caminar, palma de la mano o los rasgos del rostro, entre otros) y cualquier dato personal de Niños, Niñas y/o Adolescentes.

Finalmente, declaro conocer que, en caso de requerir información adicional, me puedo comunicar con el Responsable del Tratamiento a través del correo electrónico correo electrónico secgeneral@ucm.edu.co o directamente en las instalaciones del Responsable del Tratamiento ubicadas en Manizales en la Carrera 23 No. 60 – 63.

**Con el diligenciamiento del presente formato, se entiende que otorgo mi autorización para el Tratamiento de mis Datos Personales**

**Favor gestionar este documento con las firmas de las personas que aprueban la movilidad.**

**Decano**

**Director Programa**

**Estudiante**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Relaciones Internacionales e Interinstitucionales | Aseguramiento de la Calidad | Consejo de Rectoría | Junio del 2019 |

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **ITEM** | **MODIFICACIÓN** |
|  |  |