Fecha: DD,MM,AAAA

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doctora

**CLAUDIA MILENA DÍAZ ULLOA**

Directora de Relaciones Internacionales

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Tunja

El/la suscrito/a ­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con pasaporte No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nacionalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vinculado a la Universidad y/o IES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, postulado para realizar movilidad académica en la modalidad de (semestre de intercambio/práctica/pasantía/asistente de idioma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

Manifiesto bajo juramento que la información consignada en el examen médico y prueba psicológica, aplicados como requisito para realizar estancia académica de un semestre en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), son verídicos y son emitidos por una autoridad médica competente en la materia en mi país de origen. Así mismo, declaro que he informado a mi institución de origen e institución de destino sobre cualquier antecedente médico y psicológico que pueda llegar a afectar mi movilidad académica.

Por tal razón, manifiesto de manera libre, voluntaria, verídica y espontanea que:

* Asumo los riesgos que conlleva la movilidad, exonerando a la UPTC de cualquier tipo de responsabilidad, cualquier daño o perjuicio generado ante cualquier eventualidad o situación adversa que pudiera sucederme durante el traslado y la estancia académica.
* Asumo los riesgos y gastos asociados – acorde con la beca – para realizar movilidad académica presencial en el contexto de la movilidad, tales como:
* Pruebas de detección del virus COVID-19,
* vacunación,
* gastos adicionales de ingreso a los países,
* cierres de espacios aéreos y de fronteras,
* cambios de tiquetes aéreos,
* extensión de la estadía,
* gastos médicos,
* gastos por alojamiento,
* gastos por alimentación
* y demás inconvenientes que puedan surgir.
* Me comprometo a adquirir un seguro médico internacional con cobertura en la ciudad en la que voy a realizar la movilidad académica, que no funcione contra reembolso, y que tenga las siguientes características:
	+ Asistencia médica en caso de enfermedad, hospitalización, evacuación médica de emergencia, medicamentos hospitalarios, asistencia por urgencia odontológica, repatriación sanitaria, asistencia médica en caso de accidente, repatriación funeraria y medicamentos ambulatorios. Es de absoluta responsabilidad de la persona que vaya a realizar movilidad la adquisición de este seguro manifestando a la aseguradora la información veraz respecto de su estado de salud al momento de la adquisición de la póliza de seguro.
	+ Cobertura de cualquier antecedente médico y/o psicológico diagnosticado previo a la movilidad.
	+ Monto mínimo de USD 30.000
	+ A mi llegada a Colombia, informar sobre los datos de contacto del centro médico de atención en la ciudad donde realizaré mis actividades.

Por tal motivo, exonero de cualquier responsabilidad y omisión de información sobre mi estado de salud físico y mental a cualquier miembro de la UPTC y de mi institución de origen. La omisión de cualquier dato relacionado con mi estado de salud físico o mental, será causal del retiro inmediato de la beca que me fue otorgada (completa, parcial, semi completa), obligándome a retornar inmediatamente a mi país de origen y asumir los costos que esto implique tales como: Traslado terrestre, traslado aéreo, impuestos de salida del país, entre otros.

Se firma de manera voluntaria y consciente a los \_\_\_\_\_\_\_día (s) del mes \_\_\_\_\_\_\_del año \_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA Y NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE**

Pasaporte N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA Y NOMBRE COMPLETO DEL ACUDIENTE O PERSONA RESPONSABLE**

Nº identificación:

Parentesco:

Correo electrónico:

Teléfono celular de contacto (colocar indicativo del país al inicio):

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA, SELLO Y NOMBRE DEL ENCARGADO DE RELACIONES INTERNACIONALES EN LA IES DE ORIGEN**

Cargo:

Correo electrónico:

Teléfono de contacto: