**Comité Académico de Posgrado**

Presente:

Por medio de la presente se solicita sea autorizada la movilidad del alumno:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Fecha** |  |
| **Matrícula** | **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Nombre(S)** |
|  |  |  |  |
|  |
| **Institución** |  | **Periodo** | De: dd/mm/aaA: dd/mm/aa |
| **Experiencia Académica** |  | **Financiamiento** | **Adjuntar** |
| **Convenio o Carta Intención** | 1. Contenido Temático
2. Al finalizar la experiencia el estudiante deberá entregar una constancia que acredite la calificación obtenida en escala de 0 a 100 mediante oficio o constancia con membrete y sello de la IES.
 |
|  |
| **Movilidad UV** |
|  |
| **Programa MaCBio** |
| **Estancia de Investigación** |  |  | 1. Plan de trabajo incluyendo cronograma de actividades, firmado por el director de tesis y estudiante.
2. Oficio membretado de aceptación firmado por el investigador que recibe al alumno.
3. Aprobada la estancia el estudiante deberá entregar una reseña de media cuartilla del trabajo que realizó y oficio con calificación obtenida en escala de 0 a 100 mediante oficio o constancia con membrete y sello de la IES.
 |
| **Proyecto de Investigación** |
|  |
| **Beca Mixta** |
|  |
| **Otro** |
|  |
| **Solicita Revalidación y Equivalencia** |
|  Sí No |
| **Congreso, simposio, taller, Publicación, etc.** |  | **Programa MaCBio** | 1. Documento de aceptación donde presenta resultados de su trabajo de investigación.
2. Aprobada la actividad académica deberá entregar la constancia del evento.
 |
| Oficio de de solicitud formato libre |
| **Director de Tesis** | **Comité Asesor** | **Coordinación de Posgrado** |
|  | 1. |  |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| **Nombre y Firma** | 4. |  |

Las experiencias académicas, estancias y actividades académicas se autorizan únicamente cuando están relacionadas con el tema de tesis del alumno, se recomienda proponerla en el Seminario de Investigación al Comité Asesor**.**

**I. Histórico de revisiones**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No. de Revisión** | **Fecha de modificación** | **Sección o Pág.****modificada** | **Descripción de la modificación** |
| 0 | No se aplica | No se aplica | No se aplica |

**II. Firmas de autorización**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Propone** | **Autoriza** | **Fecha de autorización** |
| **MGC Luz Alejandra Valencia** | **Dra. Albertina Cortés Sol** | **Autorización** | **Entrada en Vigor** |
| XX/XX/2022 | XX/XX/2022 |