**FORMATO DE MISIÓN PARA PROFESOR, DIRECTIVO Y/O ADMINISTRATIVO**

**EN MOVILIDAD ENTRANTE.**

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| **Nombre completo:** |  |
| **Tipo de identificación** | CC | PS | DNI | CE | **Número de identificación:** |  |
| **Correo electrónico:** |  | **Celular:** |  |
| **Nacionalidad:** |  | **Tipo de movilidad** | Entrante | Saliente |

|  |
| --- |
| **DATOS INSTITUCIÓN DE ORIGEN** |
| **Nombre institución:** |  |
| **Cargo:** |  | **Facultad o departamento:** |  |
| **Programa:** |  | **País institución:** |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA MOVILIDAD** |
| **Tipo de estancia:** | Ej: Docente, investigador, conferencista. |
| **Fecha inicio movilidad** |  | **Fecha fin de movilidad:** |  |
| **Facultad:** |  | **Programa:** |  |
| **OBJETIVO DE LA MOVILIDAD** |
| Describir el objetivo de la estancia. |
| **ACTIVIDADES A REALIZAR**  |
| Describir la agenda que se llevará a cabo durante la estancia. |
| **COMPROMISOS** |
| Describir los compromisos adquiridos por el visitante al finalizar su movilidad. |

**Yo, [Nombre del Profesor Visitante], me comprometo de manera formal a:**

1. Cumplir cabalmente con la normativa nacional vigente y los requisitos migratorios establecidos por Migración Colombia y el Ministerio de Relaciones Exteriores, incluyendo la presentación de la visa correspondiente, la realización de los reportes de vinculación y cualquier obligación de información dentro de los plazos legales establecidos
2. Respetar y adherirme a las políticas internas de la institución anfitriona, acatando reglamentos académicos y administrativos que regulan mi estancia, actividades y responsabilidades durante el periodo de movilidad.
3. Cumplir con todos los compromisos académicos acordados (actividades, informes, talleres, evaluaciones), con puntualidad y responsabilidad, garantizando el éxito y la calidad de la colaboración establecida.

Firmado en [Ciudad], a los \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****NOMBRE PARTICIPANTE**Fecha: | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Vo. Bo. NOMBRE**Autoridad institución origenFecha: |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Vo.Bo. NOMBRE**Decano(a) de la Facultad institución destinoFecha: | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Vo.Bo. NOMBRE**Director(a) programa institución destinoFecha: |
|  |  |
|  |  |

***\*NOTA:***

***En caso de que el visitante realice una misión acompañado de estudiantes, deberá adjuntar a este formato un documento que incluya el listado de los mismos, junto con sus datos personales correspondientes.***