

**PROGRAMA DE INTERCAMBIO ACADÉMICO LATINOAMERICANO  
CURSO 1-2026 MODALIDAD VIRTUAL**

**FICHA DEL ESTUDIANTE**

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN**

Área de estudio:	
Universidad de destino:	
Universidad de origen:	
Dirección:	

**COORDINADOR INSTITUCIONAL**

Nombre y Apellidos:	
Cargo:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

**RESPONSABLE**

Nombre y Apellidos:	
Cargo:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

**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  
CURSO 1-2026 MODALIDAD VIRTUAL**

**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:

Firma y Sello  
Coordinador Institucional

Firma y Sello  
Responsable Académico

**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.

Nombre y firma del Responsable Académico  
Universidad \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Coordinador Institucional  
Universidad \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

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).

- 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**

	<b>Código</b>	<b>Denominación</b>	<b>Carga Lectiva</b>
Materias Anuladas			
Materias Añadidas			

**INSTITUCION DE ORIGEN**

Nombre de la Institución de Origen: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

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

Nombre y firma del Responsable Académico

Nombre y firma del Coordinador Institucional

Fecha: / /

Fecha: / /

**INSTITUCION 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_