**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA**

**VICERRECTORÍA DE VIDA UNIVERSITARIA**

**DIRECCIÓN DE BIENESTAR ESTUDIANTIL**

SEDE Y CENTROS REGIONALES

Formulario único de aprobación para tramite de póliza de seguro colectivo de accidentes personales. N° de póliza: 14-16-1074908 – SURA – seguros SUREAMERICANA S.A.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **VERANO** | **I SEMESTRE** | **II SEMESTRE** |
|  |  |  |

**TIPO DE TRAMITE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PASANTÍA |  | PRÁCTICA PROFESIONAL |  |
| GIRA ACADÉMICA |  | OTROS: |  |

**Opción N°1: datos generales del estudiante para tramites de: práctica profesional, pasantías, visita a empresas u otras actividades (deben adjuntar recibo de pago matricula o recibo de pago del seguro contra accidentes).**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** |  |
| **CÉDULA** |  |
| **FACULTAD** |  |
| **CARRERA** |  |
| **TELÉFONO** |  |
| **TIPO DE SANGRE** |  |
| **CONTACTO DE EMERGENCIA** |  |
| **LUGAR DONDE REALIZA LA ACTIVIDAD** |  |
| **PERIODO** |  |

**Opción N°2: datos generales del estudiante para tramites de: giras académicas, u otra actividad.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO** | |  | **CANTIDAD DE ESTUDIANTES** |  |
| **NOMBRE DEL DOCENTE RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD** | |  | | |
| **LUGAR DONDE SE REALIZARÁ LA ACTIVIDAD** | |  | | |
| **FECHA** | |  | **HORARIO** |  |
| **FACULTAD** |  | **CARRERA** |  | |

**Adjuntar el listado de estudiantes (OPCION 2)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la persona que firma** | | |  | | |
| **FECHA** |  | **FIRMA** |  | **SELLO** |  |