

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MOVILIDAD DOCENTE ENTRANTE

Número de solicitud: ORII-MD-SL-	2025	Fecha de solicitud:	dd/mm/aaaa.
SECCIÓN I: A SER COMPLETADA POR EL/LA SOLICITANTE			
Universidad de origen:	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.		
País:	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.		
Nombre del/la solicitante:	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.		
Nacionalidad:	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.		
Pasaporte / Identificación:	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.		
Teléfono:	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.		
Correo electrónico:	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.		
Nivel de instrucción:	Elija un elemento.		
Objetivo ¹ de la movilidad:	<input type="checkbox"/> Formación / Docencia <input type="checkbox"/> Investigación <input type="checkbox"/> Transferencia de conocimientos <input type="checkbox"/> Asesoría Técnica <input type="checkbox"/> Cooperación Interinstitucional <input type="checkbox"/> Evento específico		
Tipo de Movilidad:	<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/> Híbrida		
Campus de destino UIDE:	Elija un elemento.		
Campus de destino secundario: <i>(completar si la movilidad considera más de un campus UIDE)</i>	Elija un elemento.		
Áreas / temas de interés:	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.		

¹ **Formación/Docencia:** Impartición de cursos, seminarios o talleres en UIDE.

Investigación: Participación en proyectos de investigación científicos.

Transferencia de conocimientos: Intercambio de metodologías o tecnologías entre instituciones.

Asesoría Técnica: Servicio especializado para resolver problemas específicos en institución receptora.

Cooperación Interinstitucional: Actividades para establecer o fortalecer relaciones con otras instituciones.

Evento Específico: Participación en congresos, simposios u otros encuentros académicos puntuales.

¿Ha identificado la unidad académica o administrativa en la cual quisiera realizar su movilidad / estancia?:	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Cuál?:	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	
Nombre del director / decano del área académica o administrativa: <i>(quien firma y aprueba la movilidad)</i>	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	
Tipo de financiamiento:	PROPIO <input type="checkbox"/> FONDOS EXTERNOS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>	
Fecha inicio:	Fecha de finalización:	Número de horas a realizar:
dd/mm/aaaa.	dd/mm/aaaa.	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
¿Esta solicitud se enmarca en un convenio de colaboración?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Observaciones y comentarios: <i>(indique el objetivo, y lo que espera de la movilidad)</i>	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	
SECCIÓN I: INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA ESTANCIAS DE INVESTIGACIÓN		
¿Requerirá de tutor durante la estancia?:	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Escriba el nombre del tutor(es) identificado(s) <i>(puede ser más de uno)</i>	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	
¿Su investigación requiere uso de laboratorio?:	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Especificar el tipo de laboratorio, si requiere equipamiento o software específico:	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	

¿Su investigación cuenta con CEISH ² (bioética)? <i>(si su respuesta es sí, debe incluir el protocolo autorizado como anexo)</i>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Requiere de estudiantes o docentes que aporten a su investigación?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Requiere alojamiento en el Campus Quito o Galápagos?	Quito: SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Galápagos: SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Detalle las fechas tentativas de estadía en cada campus:	Quito: desde dd/mm/aaaa. , hasta dd/mm/aaaa. Galápagos: desde dd/mm/aaaa. , hasta dd/mm/aaaa.		
<i>* Los investigadores que realicen estancias en UIDE deberán realizar una conferencia de apertura y una de cierre sobre su investigación de carácter obligatorio</i>			
Escriba el título de la conferencia:	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.		
¿Estaría dispuesto a impartir clases o a realizar actividades adicionales?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
En caso de haber respondido "SI" detalle cuales:	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.		
Firma de Autorización Investigación UIDE:			
Nombre:			
Fecha:			
DOCUMENTOS DE RESPALDO			
Hoja de vida	<input type="checkbox"/>	Correos o comunicaciones que avalen la movilidad	<input type="checkbox"/>
CEISH de investigación (Protocolo de autorización)	<input type="checkbox"/>	Autorización de salida de la institución de origen y/o proyecto que financia la movilidad	<input type="checkbox"/>

² Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos

Otros (indique cuales)	<input type="checkbox"/>	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Firma del Solicitante: Nombre: Fecha:		Revisado y aprobado: Nombre: Cargo: Fecha:

OBSERVACIONES

- *Llenar el formato en computadora, imprimir a doble lado, adjuntar la documentación de respaldo y enviar el archivo digital del escaneado con todos los documentos en formato pdf. a la Oficina de Relaciones Internacionales e Interinstitucionales orij@uide.edu.ec (no más de 10MG).*

NOTAS

- *Todo docente / investigador debe contar con un seguro médico completo (atención médica, hospitalización, medicamentos y repatriación) previo al inicio de la movilidad. La cobertura mínima recomendada es de 30 mil dólares.*
- *Es obligatorio presentar los boletos aéreos de ida y regreso antes del inicio de la movilidad.*
- **Para estancias mayores a 180 días:** *El investigador será responsable de los trámites y costos relacionados con la obtención de visa o permiso de estancia en Ecuador, este requisito deberá cumplirse previo a su llegada al país.*