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:	☐Formación / Docencia ☐Investigación ☐Transferencia de conocimientos ☐Asesoría Técnica ☐Cooperación Interinstitucional ☐Evento específico
Tipo de Movilidad:	☐Presencial ☐Virtual ☐Híbrida
Campus de destino UIDE:	Elija un elemento.
Campus de destino secundario: *(completar si la movilidad considera más de un campus UIDE)*	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 ☐ NO ☐	
¿Cuál?:	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	
Nombre del director / decano del área académica o administrativa: *(quien firma y aprueba la movilidad)*	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	
Tipo de financiamiento:	PROPIO ☐ FONDOS EXTERNOS ☐ OTROS ☐……	
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 ☐ NO☐	
Observaciones y comentarios: *(indique el objetivo, y lo que espera de la movilidad)*	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	
SECCIÓN I: INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA ESTANCIAS DE INVESTIGACIÓN		
¿Requerirá de tutor durante la estancia?:	SÍ ☐ NO☐	
Escriba el nombre del tutor(es) identificado(s) *(puede ser más de uno)*	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	
¿Su investigación requiere uso de laboratorio?:	SÍ ☐ NO☐	
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)? *(si su respuesta es sí, debe incluir el protocolo autorizado como anexo)*	SÍ ☐ NO☐
¿Requiere de estudiantes o docentes que aporten a su investigación?	SÍ ☐ NO☐
¿Requiere alojamiento en el Campus Quito o Galápagos?	**Quito:** SÍ ☐ NO☐ **Galápagos:** SÍ ☐ NO☐
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.
** Los investigadores que realicen estancias en UIDE deberán realizar una conferencia de apertura y una de cierre sobre su investigación de carácter obligatorio*	
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 ☐ NO☐
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	☐	Correos o comunicaciones que avalen la movilidad	☐
CEISH de investigación (Protocolo de autorización)	☐	Autorización de salida de la institución de origen y/o proyecto que financia la movilidad	☐

[2] Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos

Otros (indique cuales)	☐	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 orii@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.*