

Código: RI-BO-F-002

Versión: 07

Emisión: 17 - 05 - 2018

Página 1 de 4

 N°. CONSECUTIVO ORII:
I. DATOS BÁSICOS PERSONA QUE SE MOVILIZA

| | | | |
|---|----------------------|------------------------|----------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | <input type="text"/> | | |
| TIPO Y N° ID: | <input type="text"/> | PAIS DE ORIGEN: | <input type="text"/> |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: | <input type="text"/> | | |
| E-MAIL: | <input type="text"/> | TELÉFONOS: | <input type="text"/> |
| INSTITUCIÓN DE ORIGEN: | <input type="text"/> | CARGO | <input type="text"/> |
| DEPENDENCIA RESPONSABLE USTA: | <input type="text"/> | | |
| NOMBRE SOLICITANTE USTA (solo para invitados externos) | <input type="text"/> | | |

II. DATOS GENERALES DE LA MOVILIDAD

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|-------------------------|----------------------|----|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|---|----|----|----|----------------------|----------------------|----------------------|
| PAÍS DE ORIGEN: | <input type="text"/> | PAÍS DE DESTINO: | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| FECHA DE INICIO: | <table border="1"> <tr> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AA</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> | DD | MM | AA | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | FECHA TERMINACIÓN: | <table border="1"> <tr> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AA</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> | DD | MM | AA | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DD | MM | AA | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| DD | MM | AA | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |

III. DATOS FINANCIAMIENTO (Datos suministrados por la Dependencia a la que ud corresponde)

| | |
|--------------------------------|----------------------|
| NOMBRE CENTRO DE COSTO: | <input type="text"/> |
| CÓDIGO CENTRO DE COSTO: | <input type="text"/> |

FINANCIACIÓN DE LA MOVILIDAD (Especifique únicamente con SI o X los fondos solicitados a la USTA para financiar la movilidad)

| Rubro | Apoyo solicitado a la USTA | Institución destino | Recursos propios | Otras Fuentes | |
|--|----------------------------|---------------------|------------------|---------------|-------|
| | | | | Nombre | Monto |
| Pasajes | | | | | |
| Viáticos (Sólo para funcionarios USTA) | | | | | |
| Alojamiento | | | | | |
| Inscripciones | | | | | |
| Porción Terrestre | | | | | |

DETALLE VIÁTICOS/GASTOS DE ESTADÍA (Solo diligencia si solicita viáticos y/o alojamiento)

POR FAVOR MENCIONAR LA DIRECCIÓN O NOMBRE EXACTO DEL LUGAR DEL EVENTO PARA CONSIDERAR ALOJAMIENTO CERCANO

| FECHA SALIDA | FECHA REGRESO | LUGAR DE DESTINO | N° DIAS |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ITINERARIO TIQUETES DE VIAJE (Solo diligencia si solicita tiquetes)

| FECHA SALIDA | | FECHA REGRESO | | LUGAR | | HORA (Sugerida) | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | | | | SALIDA | DESTINO | SALIDA | DESTINO |
| DD | MM | AA | DD | MM | AA | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Nombre solicitante USTA:

 Nombre V°B°. Decano
 Facultad /Jefe Inmediato

Nombre V°B°. Decano de División

FIRMA:

FIRMA:

FIRMA:

VoBo. Vicerrector General de Universidad Abierta y a Distancia

FIRMA:

VoBo. Vicerrector Administrativo y Financiero

Se diligencia solamente al final del proceso, con la aprobación del CAF

FIRMA:

Código: RI-BO-F-002

Versión: 07

Emisión: 17 - 05 - 2018

Página 2 de 4

Observaciones o aclaraciones adicionales sobre el presupuesto previsto: (Justificación del rubro OTROS o PORCIÓN TERRESTRE u otras observaciones sobre TIQUETES, ALOJAMIENTO, ETC.)
Presupuesto Total aprobado (Exclusivo diligenciar Oficina de presupuesto):
IV. TIPOS DE MOVILIDAD
1. MOVILIDAD DE LA COMUNIDAD USTA

| ESTUDIANTES (Si ud es estudiante, debe diligenciar sólo esta columna) | | DOCENTES/DIRECTIVOS/ADMINISTRATIVOS (Si ud es docente o administrativo, debe diligenciar sólo esta columna) | |
|---|--|---|--|
| Curso corto/Entrenamiento | | Conferencista/ponente/organizador de un evento | |
| Misión institucional | | Formación Curso corto/entrenamiento | |
| Ponente u Organizador de evento | | Docencia en programa internacional | |
| Auxiliar de investigación/Miembro semillero | | Estancia doctoral o postdoctoral | |
| Pasantía investigación/Práctica Académica | | Misión/gestión/asesoría externa | |
| Presentación Buenas Prácticas | | Estancia de investigación | |
| | | Presentación de Buenas Prácticas USTA | |

2. MOVILIDAD EXPERTOS EXTERNOS A LA USTA (Debe diligenciar sólo esta columna, sólo para invitados Externos)

| | | | |
|---------------------------------|--|---------------------------|--|
| Profesor en pregrado o posgrado | | Asesoría Institucional | |
| Conferencista/ponente | | Estancia de Investigación | |
| Cursos cortos /entrenamientos | | | |

¿LA MOVILIDAD ESTA RELACIONADA CON ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL?:
SI
NO
(COLOCAR ÚNICAMENTE EL NOMBRE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL DONDE SE ENCUENTRA VINCULADO SU PRODUCTO)
Nombre proyecto institucional:
¿EL PROYECTO ESTÁ FINANCIADO CON RECURSOS FODEIN?
SI
NO

I. JUSTIFICACIÓN DE LA MOVILIDAD

Por favor describa la justificación de la movilidad a desarrollar, motivos académicos, relación con el Plan de Desarrollo Institucional de la USTA, con las líneas académica, curriculares o de investigación definidas por la facultad, importancia o relevancia del evento, programa o institución destino. (Máximo una página).

II. PLAN DE TRABAJO

Por favor describa los objetivos, las actividades académicas a desarrollar durante la movilidad y los productos académicos o de investigación esperados (Máximo una página).

III. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DE GESTIÓN PARA LA COOPERACIÓN

Describa actividades complementarias y paralelas, diferentes al objetivo de la movilidad, que realizará durante la misma para contribuir al fortalecimiento y dinamización de alianzas estratégicas para la USTA: p. ej. Entrevistas con otras unidades académicas, científicas o directivas de la institución de destino, visita de gestión y promoción de la USTA en otras instituciones del lugar de destino, consecución de oportunidades de cooperación internacional, etc. (Máximo una página).

IV. PLAN DE REPLICABILIDAD, TRASFERENCIA O DIFUSIÓN POSTERIOR A LA MOVILIDAD

Por favor describa las actividades que adelantará posterior a la movilidad para difundir los resultados de la misma, difusión de oportunidades, estímulo a otros tomasinos para adelantar una movilidad nacional o internacional académica o de investigación.

COMPROMISO JURAMENTADO

En calidad de solicitante, declaro que he leído y comprendido los términos y condiciones del Programa PROMOUSTA y me comprometo bajo juramento a cumplir con las normativas migratorias nacionales e internacionales, a retornar al país y/o a la institución de origen una vez finalizado el término de la movilidad, así como a hacer un uso responsable y racional de los recursos asignados por la institución para el apoyo a esta movilidad y adquirir un seguro médico internacional con amplia cobertura. En caso de no realizarse o interrumpirse la misma, o de no dar cumplimiento a lo consignado en este Compromiso, reintegraré la totalidad de los recursos desembolsados a la Universidad Santo Tomás con los intereses correspondientes, para lo cual y en constancia

firmo como solicitante: _____

Fecha: _____

| DD | MM | AA |
|----|----|----|
| | | |

PARA DILIGENCIAR POR LAS RESPECTIVAS INSTANCIAS_____
VºBº. ORII_____
VºBº. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN_____
VºBº. OFICINA DE PRESUPUESTO_____
VºBº. CENTRO DE INVESTIGACIÓN VUAD

SELLO Y N° DE ACTA AUTORIZACIÓN

Solo se evaluarán solicitudes con formulario diligenciado en su totalidad. La radicación deberá hacerse en la ORII con suficiente tiempo de antelación a la fecha en la que se desea la movilidad (15 días calendario contados a partir de la fecha de sesión del Comité de Movilidad). El Comité de Movilidad se reúne únicamente los MARTES por lo tanto las solicitudes se reciben hasta el día VIERNES antes de las 10:00 a.m. hora legal colombiana. (En caso de ser lunes festivo las solicitudes se reciben hasta el día JUEVES antes de las 14:00). **Las solicitudes recibidas después de este horario se evaluarán en el siguiente Comité.**