

Código: RI-BO-F-002

Versión: 05

Emisión: 05- 09- 2017

Página 1 de 4

Nº. CONSECUTIVO ORII:

I. DATOS BÁSICOS PERSONA QUE SE MOVILIZA

NOMBRES Y APELLIDOS: <input style="width: 90%;" type="text"/>	
TIPO Y N° ID: <input style="width: 250px;" type="text"/>	PAÍS DE ORIGEN: <input style="width: 150px;" type="text"/>
E-MAIL: <input style="width: 250px;" type="text"/>	TELÉFONOS: <input style="width: 150px;" type="text"/>
INSTITUCIÓN DE ORIGEN: <input style="width: 250px;" type="text"/>	CARGO: <input style="width: 150px;" type="text"/>
DEPENDENCIA RESPONSABLE USTA: <input style="width: 90%;" type="text"/>	
NOMBRE SOLICITANTE USTA <i>(solo para invitados externos)</i> <input style="width: 90%;" type="text"/>	

II. DATOS GENERALES DE LA MOVILIDAD

PAÍS DE ORIGEN: <input style="width: 250px;" type="text"/>	PAÍS DE DESTINO: <input style="width: 150px;" type="text"/>												
FECHA DE INICIO:	FECHA TERMINACIÓN:												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DD</td> <td style="width: 33%;">MM</td> <td style="width: 33%;">AA</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DD	MM	AA				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DD</td> <td style="width: 33%;">MM</td> <td style="width: 33%;">AA</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DD	MM	AA			
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

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

NOMBRE CENTRO DE COSTO:	<input style="width: 90%;" type="text"/>
CÓDIGO CENTRO DE COSTO:	<input style="width: 90%;" 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 <i>(Sólo para funcionarios USTA)</i>					
Alojamiento					
Inscripciones					
Porción Terrestre					
Otros					

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

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		

Nombre solicitante USTA:

Nombre V°B°. Decano Facultad /Jefe Inmediato

Nombre V°B°. Decano de División

FIRMA:

FIRMA:

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: 05

Emisión: 05- 09- 2017

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 <small>(Si ud es estudiante, debe diligenciar sólo esta columna)</small>	DOCENTES/DIRECTIVOS/ADMINISTRATIVOS <small>(Si ud es docente o administrativo, debe diligenciar sólo esta columna)</small>
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_____
V°B°. ORII_____
V°B°. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN_____
V°B°. OFICINA DE PRESUPUESTO_____
V°B°. 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)