



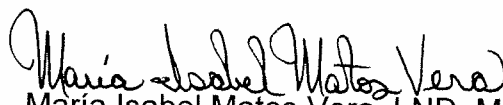
2004-05
Certificación 040

Yo, María Isabel Matos Vera, Secretaria Ejecutiva del Senado Académico del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, **Certifico:**

Que el Senado Académico en su reunión ordinaria del **3 de febrero de 2005**, luego de recibir el informe del Comité de Asuntos Estudiantiles y luego de la discusión de rigor, se acordó:

Aprobar el documento Normas Específicas para Excusarse y Reponer Actividades Académicas de los Estudiantes, según presentado por el Comité de Asuntos Estudiantiles.

Y, para que así conste, expido y remito la presente Certificación bajo el sello del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, en San Juan, Puerto Rico, hoy 8 de febrero de 2005.


María Isabel Matos Vera, LND, MHScN, CLE
Secretaria Ejecutiva

MIMV/ynr



Normas Específicas para Excusarse y Reponer Actividades Académicas de los Estudiantes

I. Preámbulo

La educación de los estudiantes del Recinto de Ciencias Médicas se enriquece con la participación de estos en experiencias que complementen su desarrollo profesional, durante sus años de estudios. Ejemplos de estas experiencias y/o actividades complementarias son la participación en congresos, foros, talleres, proyectos de investigación, iniciativas interdisciplinarias, actividades comunitarias y eventos deportivos, entre otras, a nivel estatal, nacional y/o internacional.

Con el propósito de viabilizar la participación activa de los estudiantes en estas actividades extracurriculares, el Senado del Recinto de Ciencias Médicas establece unas normas generales para excusar a los estudiantes de actividades académicas, previamente establecidas en los currículos, y garantizar que se ofrezcan las reposiciones necesarias para sustituir el contenido y/o experiencia curricular de las actividades excusadas.

II. Normas Generales

1. Estas normas aplicarán a todos los programas académicos, tomando en cuenta la particularidad de los distintos cursos.
2. Se mantendrá la intención de ayudar al estudiante a completar el requisito académico pospuesto y no la de penalizarlo.
3. El estudiante deberá llenar la solicitud para excusarse de la actividad académica, lo antes posible, en el año académico y/o periodo lectivo.
4. Será responsabilidad del estudiante dar seguimiento a su solicitud y/o apelación.
5. El estudiante no podrá asistir a la actividad para la cuál solicita excusa hasta que no se le autorize y/o complete la apelación con un resultado favorable.
6. El estudiante que no cumpla con este proceso perderá el derecho a la reposición.

III. Proceso para solicitar ser excusado

El estudiante deberá:

1. Someter el Formulario de “Solicitud para Excusarse y Reponer Actividades Académicas” para la aprobación del coordinador y/o profesor del curso, acompañado por la evidencia correspondiente¹.
2. El profesor y/o coordinador evaluará la solicitud y se reunirá con el estudiante en un término no mayor de dos (2) días laborables luego de haberse recibido la solicitud.
3. Coordinar con el/la coordinador/a del curso y/o el/la profesor/a el método y/o tareas de reposición, las cuales deben ser similares en contenido y complejidad, al ofrecido durante el período excusado.
4. Someter el Formulario de “Solicitud para Excusarse y Reponer Actividades Académicas”, acompañado por la evidencia, previamente aprobado por el profesor, para la aprobación del Decano/a de la Facultad, y/o Decano/a Auxiliar de Asuntos Estudiantiles, para su endoso².
5. De no haber respuesta del profesor en el término establecido, el estudiante iniciará el proceso de apelación.

¹ copia del opúsculo, solicitud, invitación, orden de viaje, u otro documento oficial de la actividad extracurricular a la que se propongir asistir

² El Decano Auxiliar de Estudiantes guardará copia de este documento en el expediente del/a estudiante.

SOLICITUD PARA EXCUSARSE Y REPONER ACTIVIDADES ACADEMICAS
 Didácticas, de Investigación, Pre-clínicas, Clínicas y/o Prácticas

Certificación 40, Senado Académico, RCM, serie 2004-2005

A. Nombre del / la estudiante: _____ _____ Núm. estudiante: _____	Facultad: _____ Departamento: _____ Programa: _____ Año de estudio: _____
Curso Título: _____ Código: _____ Sesión: _____ Día: _____ Horario: _____ Año académico: _____	Profesor/a Nombre: _____ Teléfono contacto: _____ Correo electrónico: _____
B. Actividad a asistir: _____ _____ Justificación: _____ _____ Se acompaña la siguiente evidencia: _____ _____	
Firma estudiante: _____	Fecha de entrega: _____
Firma profesor/a: _____	Fecha de recibo: _____
C. <p align="center"> <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Denegado </p> Acuerdo para reposición (o Razón para denegar) _____ _____ Fecha: _____	
Firma Decano/a Auxiliar de Estudiantes: _____	Fecha: _____
D. Proceso de Apelación Decano/a Auxiliar de Estudiantes Fecha: _____ Resultado: _____ Decano/a de Estudiantes Fecha: _____ Resultado: _____ Rector Fecha: _____ Resultado: _____	
Comentarios: _____ _____	