



Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
Decanato de Asuntos Académicos

Programa de Ayudantías de Cátedra e Investigación

AÑO ACADÉMICO 2019-20

INSTRUCCIONES PARA ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO

(al Recinto o al Programa)

Se requiere que TODO estudiante que haya cursado estudios graduados (a nivel de maestría y grado doctoral) en el Sistema UPR y solicite ayudantía en el Recinto de Ciencias Médicas, acompañe su solicitud con una certificación del Programa de Ayudantías Graduadas de la unidad de procedencia, que indique si ha recibido o participado de este programa y el período en el que participó.

El período de tiempo que el solicitante haya disfrutado de ayudantía, en otra unidad del Sistema UPR, será adjudicado al tiempo máximo al que tiene derecho de acuerdo al programa matriculado dentro del mismo nivel profesional, según lo establece la Cert. 140 (1999-2000) de la Junta de Síndicos.

INSTRUCCIONES GENERALES (aplica a estudiantes nuevos y renovaciones)

(LEA CUIDADOSAMENTE)

- Podrá someter solicitud todo estudiante admitido a un programa Graduado que lleve una carga académica regular, según su Facultad o Escuela, (a nivel de maestría y grado doctoral), con un promedio o índice académico de 3.00 o más.
- **Para recibir exención de matrícula**, el estudiante deberá trabajar un mínimo de 9 horas semanales si su ayudantía es sencilla y 10 horas si su ayudantía es combinada (Cátedra con Investigación de Tesis o Profesor). Sin embargo, **NO estarán exentos del pago de cuotas especiales**. (Como por ejemplo: laboratorios, Plan Médico, cuota de construcción, cuotas especiales, cuota de tecnología y materiales, etc.). **Esta exención sólo aplicará a costos por créditos conducentes a grado.**
- **La exención de matrícula NO aplicará a estudiantes matriculados en Programas Autofinanciables.** Es responsabilidad del estudiante confirmar con el Director de Programa en el cual está matriculado, si dicho programa está bajo esa categoría.
- Deberá tramitar una copia OFICIAL de su Récord Académico, o sea, **su transcripción de crédito**, emitida por la Oficina del Registrador, que incluya las **notas hasta mayo y la otorgación de grado. En la solicitud de récord académico al Registrador, debe colocar una nota que lea: favor incluir notas hasta mayo y grado otorgado.** La transcripción debe ser dirigida a la siguiente dirección:

Decanato de Asuntos Académicos
Programa de Ayudantías Graduadas de Cátedra e Investigación
Recinto de Ciencias Médicas-UPR
Edificio Principal, Piso 7, Oficina A-745
PO Box 365067, San Juan, PR 00936-5067

- Una vez complete la solicitud, **entregue la misma al representante de su facultad** ante el Comité de Ayudantías. La solicitud deberá incluir:
 - **Evidencia de la solicitud de transcripción de crédito (HOJA DE RECIBO DE LA SOLICITUD)**
 - Certificación del Programa de Ayudantías Graduadas de la unidad de procedencia (si aplica)

- **IMPORTANTE:** DEBERÁ NOTIFICAR AL PROGRAMA DE AYUDANTIAS, SI LUEGO DE SOMETER SU SOLICITUD, CAMBIA DE ESCUELA O PROGRAMA. DE LO CONTRARIO, NO SE LE APROBARÁ LA AYUDANTÍA.

Escuela y Representante	Ubicación	Ext.
Escuela de Medicina Dra. Nivia L. Pérez Acevedo nivia.perez@upr.edu	Ciencias Biomédicas Piso 8, Ofic. A-847 Edif. Principal, RCM	1879, 7017
Escuela de Medicina Dental Dr. José A. Vivaldi jose.vivaldi@upr.edu	Asuntos Estudiantiles Piso 1, Ofic. B-163 Edif. Principal, RCM	1113
Escuela Graduada de Salud Pública Dr. Mario H. Rodríguez Sánchez mario.rodriquez5@upr.edu	Asuntos Estudiantiles Esc. Graduada de Salud Pública Piso 4, Oficina A-444 Edif. Principal, RCM	1412, 1413
Escuela de Enfermería Prof. Leyra Figueroa leyra.figueroa@upr.edu	Asuntos Estudiantiles Piso 1, Ofic. 149 Esc. de Enfermería	1093, 2147
Escuela de Profesiones de la Salud Prof. Migdalia Marrero migdalia.marrero@upr.edu	Asuntos Académicos Piso 1 Esc. Profesiones de la Salud	1564
Escuela de Farmacia Dr. Joseph Bloom Oquendo joseph.bloom@upr.edu programa_graduado_farmacia.rcm@upr.edu	Nivel Plaza, Ofic. 244 Escuela de Farmacia	5509, 5510

NOTA: Antes de radicar ésta o cualquier otra solicitud de Ayuda Económica, asegúrese de pasar por la Oficina de Asistencia Económica para verificar el efecto de la misma en su estatus económico.



**RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
DECANATO DE ASUNTOS ACADEMICOS**

**PROGRAMA DE AYUDANTIAS GRADUADAS
DE CATEDRA E INVESTIGACION**

Para uso oficial

Prioridad: _____

Tipo de Solicitud:

- Nueva
 Renovación

FORMULARIO DE SOLICITUD

1. Periodo para el que solicita ayudantía:

Desde _____ de _____ Hasta _____ de _____
Mes Año Mes Año

2. Información del Estudiante:

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____ Inicial _____ Sexo
 F
 M

Núm. Seguro Social (indispensable) _____ Núm. Estudiante _____ Celular _____ Otro _____

Correo electrónico institucional: _____@upr.edu otro: _____

3. Dirección Postal Permanente:

Urbanización _____

Número y calle (incluya número de Apto.) _____

Municipio _____ País _____ Código postal _____

4. Información sobre la Escuela:

Escuela a la que ha sido admitido en el RCM _____

Departamento _____

Programa _____

5. Información sobre Ayudantías Graduadas:

A. ¿Ha recibido Ayudantía Graduada anteriormente, en otro Recinto del Sistema UPR? Sí No

Favor anotar los años que participó del Programa Grado obtenido _____
Año Académico: _____ Período: _____ Lugar: _____

B. ¿Ha recibido Ayudantía Graduada anteriormente en el Recinto de Ciencias Médicas? Sí No

Favor anotar los años que participó del Programa Grado obtenido _____

Año Académico: _____ Período: _____ Lugar: _____

Año Académico: _____ Período: _____ Lugar: _____

Año Académico: _____ Período: _____ Lugar: _____

Año Académico: _____ Período: _____ Lugar: _____

Año Académico: _____ Período: _____ Lugar: _____

Para uso de la Oficina de Ayudantías

Transcripción de Crédito Tipo Ayudantía Aprobada Aprobada
 Promedio _____ C IP IT - CIP CIT No Aprobada
 Revisado (Registrador) Fecha: _____ Razón: _____

Nombre del estudiante: _____

Tipo de Solicitud: Nueva Renovación

6. Año de Estudio:

Primero Tercero Quinto Otro (especifique): _____
 Segundo Cuarto Sexto _____

7. Nivel de Estudio:

¿Cuál será su nivel de estudio para el año académico que solicita?

Maestría de Investigación Doctorado en Filosofía (PhD)
 Maestría Profesional Programa Combinado (MD/PhD)
 Maestría Post Doctoral Certificado Graduado Post Doctoral
 Doctorado Profesional (MD, DMD, PharmD, AuD) Doctorado en Salud Pública (DrPH)

8. Información Laboral:

¿Estará trabajando durante el año académico para el cual solicita? Sí No

Tiempo completo Tiempo parcial Lugar de trabajo: _____

Horario: _____ Supervisor: _____

Total horas trabaja semanal: _____ Teléfono: _____

9. Estudiante Extranjero (si aplica):

Ciudadanía: _____ Núm. Tarjeta Residencia o Naturalización _____

_____ Tipo de Visa y Fecha de Expiración _____

Efectividad Visa Original _____

10. Información del Claustal Supervisor:

Nombre del Claustal Supervisor _____

Departamento al que pertenece _____

Programa al que pertenece _____

Teléfono _____

Extensión _____

Tipo de Ayudantía que el estudiante trabajará bajo su supervisión:

Sencilla (horas: 9 min. – 18 max.)

Combinada (horas: 10 min. – 20 max.)

Cátedra

Cátedra e Investigación de Profesor

Investigación de Profesor

Cátedra e Investigación de Tesis

Investigación de Tesis

Total horas que trabajará semanalmente el estudiante : _____ (sujeto a disponibilidad de fondos)

Nombre y Código del Curso (en caso de Cátedra): _____

Nombre del Proyecto: _____

Descripción de la naturaleza del Proyecto o Curso (especifique tareas a realizarse por el estudiante):

PARA SER COMPLETADO POR EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO O PROGRAMA

¿Es autofinanciable el Programa en el que está matriculado el estudiante?

Sí No

Certificado por:

Director del Departamento o Programa

Certifico que el estudiante cumple con los cursos requeridos para ser admitido a su programa de estudio.

Certificado por: _____
Director del Departamento o Programa

Firmas en el siguiente orden:

_____ Firma del Estudiante	_____ Fecha
_____ Firma Claustal Supervisor de Investigación	_____ Fecha
_____ Firma Claustal Supervisor de Cátedra (si es diferente al de Investigación)	_____ Fecha
_____ Firma Director Departamento o Programa	_____ Fecha
_____ Firma Director Depto. o Programa (si es diferente al del estudiante)	_____ Fecha
_____ Vo. Bo. Represente de la Escuela (Comité Ayudantías)	_____ Fecha
_____ Vo. Bo. Firma Decano de la Escuela	_____ Fecha

Para uso oficial (Representante del Comité de Ayudantías Graduadas)

Comentarios y/o sugerencias: _____

Horas recomendadas por el Representante: _____ **iniciales:** _____