



SECRETARÍA JUNTA ADMINISTRATIVA

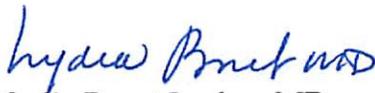
2014-15
Certificación Número 140

YO, NYDIA BONET JORDAN, Secretaria Ejecutiva de la Junta Administrativa del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, **CERTIFICO:**

Que la Junta Administrativa en reunión ordinaria celebrada el martes, 18 de noviembre de 2014, y luego de la discusión referente al informe sometido por el Comité Ad-Hoc de la Junta Administrativa nombrado en la Certificación #138, 2014-15, JA-RCM, **ACORDÓ:**

Que habiendo recibido el análisis del Comité Ad-Hoc y las recomendaciones hechas por dicho comité, la Junta Administrativa endosa las modificaciones realizadas al formulario de Requisición de Estudiante a Jornal y que el mismo sea incluido en el documento Procedimiento para la Selección, Reclutamiento, Administración y Pago a Estudiantes del Programa de Trabajo a Jornal en el Recinto de Ciencias Médicas. Adicional a esto, debe ser notificado a la comunidad universitaria de este Recinto.

Y para que así conste, para conocimiento del personal y de las autoridades universitarias que corresponde, expido esta Certificación bajo el sello del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, hoy veinte de noviembre del año dos mil catorce.

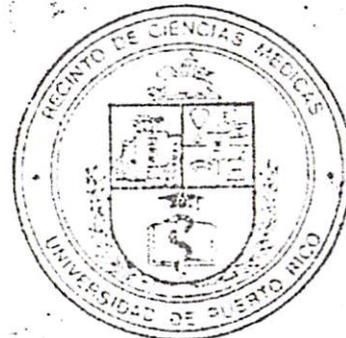

Nydia Bonet Jordan, MD
Secretaria Ejecutiva

Vo. Bo.:



Noel J. Aymat Santana, DMD, FAAPD, JD
Rector

NBJ/NJAS/ynr





REQUISICIÓN DE ESTUDIANTES A JORNAL

1. Referencia Bloque / Sección:

Fecha / Date Año Fiscal / Fiscal Year:
Día / Mes / Año

OFICINA DE CONTABILIDAD

2. Obligación Número

3. Número de Cuenta (UFIS):

4. Código de la Transacción:

5. Sector Económico (Sector):

6. Número de Requisición (P.O. No.)

7. Fecha / Date:
Día / Mes / Año

8. Descripción de la Transacción: **Estudiante a Jornal**

9. Cantidad (Amount):

10. Débito Crédito:

11. Número de Obligación (Ref.No.2)

12. Número de Suplidor (ID Number):

13. Título de la Cuenta: Nombre e Iniciales Administrador:

14. Oficina o Departamento donde trabajará el Solicitante:

15. Programa Académico del Estudiante:

16. Periodo de Tiempo a Trabajar:
Desde: Hasta:
Día / Mes / Año

18. Documentos provistos por el Estudiante:

Original del Programa de Clases validado con sello oficial de pago

Copia Certificada de la Tarjeta de Estudiante

Candidatos a graduación deben entregar copia del pago de la cuota de graduación o Solicitud de Grado

Candidatos otras unidades de la UPR

Certificación Oficina del Registrador

Certificación Oficina Asistencia Económica

19. Completar por la Oficina que solicita

20. Completar Oficina de Pre-Intervenciones

Nombre del Estudiante (Nombre y Número de Estudiante)	Tiempo a Trabajarse			Clasificación y Nivel del Estudiante	Compensación Por hora	Cantidad Total
	Horas Semanales	Número Semanas	Total Horas			
Nombre:						
Número de Estudiante:						
Totales:						

21. Estudiante Nombre y Firma Fecha:
Día / Mes / Año

22. Decano de Facultad Recomendado por: Nombre y Firma Fecha:
Día / Mes / Año

23. Departamento de Gerencia de Capital Humano Nombre y Firma Fecha:
Día / Mes / Año

24. Decano de Administración* Aprobado No Aprobado Nombre y Firma Fecha:
Día / Mes / Año

25. Decano Asuntos Académicos Aprobado No Aprobado Nombre y Firma Fecha:
Día / Mes / Año

26. Decano de Estudiantes Aprobado No Aprobado Nombre y Firma Fecha:
Día / Mes / Año

OFICINA DE CONTABILIDAD

27. VERIFICACIÓN

a. Cómputos	b. Legalidad	c. Firma
-------------	--------------	----------

28. APROBADO por:

Nombre y Firma del Director(a) Contabilidad Fecha: D/M/A

* En casos de 37.5 horas