



SECRETARÍA JUNTA ADMINISTRATIVA

2015-16

Certificación Número 88

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, 20 de octubre de 2015**, tuvo ante su consideración el informe final del Comité Ad-Hoc atendiendo la Certificación 131, 2014-15, JA-RCM, la Certificación 163, 2014-15, JA-RCM y la Certificación 183, 2014-15, JA-RCM, en referencia al proceso de otorgamiento de plazas y nombramientos docentes de diferentes tipos incluyendo profesor adjunto. Luego de amplia discusión de rigor, la Junta Administrativa, **ACORDÓ**:

**Endosar la recomendación del Comité Ad-Hoc que atendió la Certificación 131, 2014-2015, JA-RCM, en términos de que se adopte el documento diseñado por ellos llamado "Declaración de Aceptación de Deberes como Facultad a tiempo completo para los nombramientos de facultad en la categoría de "Geographical Full Time". Dicho documento se hace formar parte de esta certificación.**

**Que se envíe comunicación a todos los decanos del Recinto de Ciencias Médicas y a la Oficina de Gerencia y Capital Humano sobre este acuerdo.**

**Que todas las escuelas tienen el deber de enviar dicho documento firmado por el facultativo contratado, el decano y el director de departamento a la Oficina de Gerencia y Capital Humano para que sea archivado en el expediente del facultativo en dicha oficina.**

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 octubre del año dos mil quince.

Nydia Bonet Jordán, MD

Secretaria Ejecutiva

Vo. Bo.:

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

NBJ/NJAS/ynr



**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS**

**DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE DEBERES COMO  
FACULTAD A TIEMPO COMPLETO (GEOGRAPHICAL FULL TIME)**

Como parte de mi nombramiento bajo el concepto de Facultad a Tiempo Completo (*Geographical Full Time*), el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico se me ha provisto, y estoy de acuerdo, con la información a continuación:

1. El concepto de Facultad a Tiempo Completo se adoptó por la Junta de Gobierno de la Universidad de Puerto Rico en virtud de la Certificación Núm. 002 (1995-1996) emitida por ese cuerpo.
2. El salario de la Facultad a Tiempo Completo necesariamente se deberá sufragar, por lo menos en parte, por los servicios directos ofrecidos por el facultativo en los talleres clínicos y/o clínicas ambulatorias dentro del Plan de Práctica Universitario. Las fuentes de ingreso para los salarios de estos facultativos serán las siguientes tres (3): (a) Fondo General de la Universidad de Puerto Rico, (b) Fondos Extrauniversitarios y (c) el Plan de Práctica Universitario.
3. A la Facultad a Tiempo Completo le será asignado un mínimo de treinta y siete y medias horas semanales (37.5) a ser cumplidas de conformidad con el párrafo anterior.
4. Los miembros de la Facultad a Tiempo Completo no podrán ejercer la profesión fuera de los talleres clínicos y/o clínicas ambulatorias del Plan de Práctica Universitario.
5. La Facultad a Tiempo Completo tendrá derecho al voto en los foros de la facultad de conformidad a las disposiciones a estos efectos del Reglamento General de la Universidad de Puerto Rico.
6. La Facultad a Tiempo Completo, así como su cónyuge e hijos, gozarán de exención en el pago de matrícula en las unidades institucionales de la Universidad de Puerto Rico, a tenor con las disposiciones aplicables a la exención de matrícula (Cert. 50-2011-12-Junta de Síndicos).
7. La Facultad a Tiempo Completo recibirá cotización para retiro sujeto a la proporción del salario que devengue; así como aportación al plan médico institucional, conforme a la normativa vigente en la Universidad de Puerto Rico.

**ACEPTACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor  
(Nombre en letra de molde)  
de edad, \_\_\_\_\_ de profesión declaro que he leído el contenido de este documento,  
estoy de acuerdo con su contenido y me obligo a conducirme de acuerdo al mismo.

**FIRMA DE FACULTATIVO:**

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra molde y firma)

**Director o Supervisor Inmediato:**

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra molde y firma)

**PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE GERENCIA DE CAPITAL HUMANO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_