



**OFICINA DE ÉTICA GUBERNAMENTAL  
CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL PENSAMIENTO ÉTICO**

**SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN**

Estado Libre Asociado  
de Puerto Rico

|       |   |  |                     |  |                     |
|-------|---|--|---------------------|--|---------------------|
| Curso | <input type="checkbox"/> Actividad Educativa Práctica <input type="checkbox"/> Taller <input type="checkbox"/> Simposio <input checked="" type="checkbox"/> Seminario<br><input type="checkbox"/> Conferencia <input type="checkbox"/> Adiestramiento <input type="checkbox"/> Curso <input type="checkbox"/> Otros |  |                     |  |                     |
|       | <b>1. Título de Actividad, Taller, Conferencia, Simposio, Adiestramiento, Otros</b><br>(Incluya prontuario, bosquejo, copia del material educativo utilizado o descripción de la actividad.)<br><br>La Seguridad y Salud Ocupacional desde una Perspectiva de los Recursos Humanos                                  |  |                     |  |                     |
|       | <b>2. Recurso:</b> (Nombre del Conferenciante)<br>Ver Anejos  |  |                     | <b>3. Institución que representa y puesto que ocupa el recurso:</b><br>ARHRLPR |                     |
|       | <b>4. Fecha o período académico en que se ofreció:</b><br>27 de abril de 2018   |  |                     | <b>5. Duración:</b> (en horas)<br>7 horas                                      |                     |
|       | Los encasillados del 6 al 10 deben completarse si el curso fue ofrecido por una institución académica   |  |                     |  |                     |
|       | <b>6. Codificación:</b>   |  | <b>7. Facultad:</b> | <b>8. Concentración:</b>   | <b>9. Créditos:</b> |

  

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                           |  |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------|--|
| Participante   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de ser más de un participante incluya una hoja adicional con el nombre de la agencia, municipio, corporación o junta; el nombre con los dos apellidos de cada una de las personas a quienes se les convalidará el curso; los últimos 4 dígitos del seguro social; y el puesto que ocupan. Llene, además, los encasillados del 14 al 17.</li> <li>• * En caso de ser un solo participante llene los encasillados del 11 al 17.</li> </ul> |   |   |   |   |   |   |   |   |                           |  |
|  | <b>*11. Nombre y apellidos de la persona que tomó el curso o nombre de la Agencia solicitante:</b><br>Francisco Martinez Alvarez  |   |   |   |   |   |   |   |   |                           |  |
|  | <b>*12. Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social:</b>   |   |   |   |   | <b>*13. Puesto que ocupa y Área de trabajo:</b>         |   |   |   |                           |  |
|  | X   | X | X | X | X | 3   | 8 | 3 | 8 | Chofer - Area de Finanzas |  |
|  | <b>*14. Agencia, Municipio o Corporación Pública para la cual labora:</b><br>Oficina de Gerencia y Presupuesto  |   |   |   |   |   |   |   |   |                           |  |
|  | <b>* 15. Teléfono:</b><br>787-725-9420  |   |   |   |   | <b>*16. Correo electrónico:</b><br>fmartinez@ogp.pr.gov |   |   |   |                           |  |
| <b>17. * Nombre del solicitante:</b><br>Francisco Martinez Alvarez |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                           |  |

30 de abril de 2018

**Firma del Solicitante**

**Fecha**

| Para uso exclusivo del CDPE |   |                                    |                               |                  |  |
|-----------------------------|---|------------------------------------|-------------------------------|------------------|--|
| Convalidación               | <b>1. Fecha de recibo</b>                                     |                                    |                               |                  |  |
|                             | <b>2. Aprobado</b>  | <b>3. Número de convalidación:</b> | <b>4. Horas convalidadas:</b> | <b>5. Fecha:</b> |  |
|                             | <b>6. Número de sesión:</b>                                   |                                    | <b>7. No aprobado</b>         | <b>8. Fecha:</b> |  |
|                             | <b>9. Cometarios:</b>   |                                    |                               |                  |  |
|                             | <b>10. Nombre del director o su representante autorizado:</b> |                                    |                               |                  |  |
|                             | <b>11. Firma</b>  |                                    |                               |                  |  |

# INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN

La Ley 1-2012, conocida como la Ley de Ética Gubernamental de Puerto Rico de 2011, establece en su Artículo 3.3, que *el CDPE determinará equivalencia y convalidará en el correspondiente periodo bienal los adiestramientos ofrecidos por otras entidades públicas y privadas*. La determinación se fundamentará en una evaluación de la iniciativa educativa que corresponda, y se llevará a cabo de conformidad con la Reglamentación vigente, los procesos y la política educativa del CDPE. **El CDPE se reserva la facultad de convalidar los cursos, en correspondencia con la Ley, sus reglamentos y la política educativa del CDPE y de la OEG.**

**Favor de escribir en letra de molde y someter evidencia de TODA la información suministrada.**

## CURSO, Taller, Conferencia, Simposio, Adiestramiento, Seminario, Otros

1. Título del curso tomado (nombre del curso, conferencia, seminario, taller o ponencia para el que se solicita convalidación). Deberá someter un prontuario o bosquejo de contenido del curso y/o copia del material educativo utilizado.
2. Nombre(s) de los recursos, conferenciantes o profesores(as) que brindaron el curso.
3. Nombre de la institución gubernamental, educativa (colegio, universidad) o asociación profesional a la que pertenece o representa dicho recurso y puesto que ocupa.
4. Fecha (día/mes/año) en que se ofreció el curso. En cursos que se reúnen en más de una ocasión deberá informar período académico (semestre) con fechas de inicio y de finalización.
5. Duración del curso (en horas). En cursos que se reúnen en más de una ocasión, deberá informar cantidad de horas a la semana.
6. Codificación del curso (si aplica)
7. Facultad en la cual se enseña el curso (si aplica)
8. Concentración (si aplica)
9. Cantidad de créditos (si aplica)
10. Nota obtenida (si aplica)
11. Incluya una hoja adicional con el nombre de la agencia, municipio, corporación o junta el nombre con los dos apellidos de las personas a quienes se les convalidará el curso; los últimos 4 dígitos del seguro social de cada uno; y el puesto que ocupan.

## PARTICIPANTE

12. Nombre y dos apellidos de la persona que tomó el curso y nombre de la Agencia solicitante.
13. Copia de certificado de participación o algún otro documento que evidencie asistencia. En el caso de que la convalidación sea solicitada por una Agencia para un **grupo de empleados** debe incluir una lista con el nombre con los dos apellidos de cada participante; los últimos 4 dígitos del número de seguro social; el puesto que ocupa y el área de trabajo.
14. El CDPE enviará la información relacionada con la sección del curso aprobado para que el Coordinador Web de la agencia pueda registrar las personas que participaron del curso. No obstante, debe incluir el nombre de la persona que solicita la convalidación y el puesto que ocupa.
15. Debe incluir siempre: los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social de la persona o personas que participaron del curso, taller, conferencia, simposio, adiestramiento, seminario, otros; el puesto que ocupa y área; la Agencia, Municipio o Corporación donde labora y la Región o División a la que pertenece.
16. Recuerde incluir toda la información necesaria para contactarlo: números de teléfono y correo electrónico donde desea que se le envíe la correspondencia.

## ACTIVIDADES EDUCATIVAS PRÁCTICAS

1. Completar Solicitud de Convalidación
  2. Adjuntar hoja de asistencia con los siguientes detalles:
    - Nombre de la Agencia
    - Fecha (día/mes/año) en que se realizó la actividad
    - Nombre con los dos apellidos de los servidores públicos participantes
    - Últimos cuatro dígitos del número de seguro social de los participantes
    - Nombre y breve descripción de la actividad explicando en que consistió la participación de los servidores públicos.
    - Duración de la actividad en horas.
    - Nombre, posición y firma del encargado de la actividad
    - Teléfono y correo electrónico del encargado de la actividad

Estamos a su disposición para contestar cualquier duda en el (787)999-0246, extensión 2115.

**Envíe esta solicitud y los documentos de evidencia a:**

**[convalidaciones@oeg.pr.gov](mailto:convalidaciones@oeg.pr.gov)**

<sup>1</sup> En cumplimiento con la Ley Núm. 243 de 10 de noviembre de 2006 sobre el Uso y Manejo del Número de Seguro Social y su confidencialidad, el mismo se utiliza en el CDPE como número de identificación para fines de la acreditación.