**Anejo 3**

**INFORME SEMESTRAL DEL CENTRO DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS EDUCATIVAS**

**Escuela o centro: Código: Nivel: 🞏 Primario 🞏 Secundario**

**Grados y ofrecimiento de la escuela o centro:**

**ORE: Municipio: Correo electrónico: Teléfono:**

**AÑO ACADÉMICO: SEMESTRE: 🞏 PRIMERO 🞏 SEGUNDO**

**INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR PÚBLICAS[[1]](#footnote-1)**

| **Núm.** | **Nombres y apellidos completos**  (director del centro, maestro cooperador, consejero cooperador o director cooperador) | **Número de TAL o empleado** | **D-CENTRO** | **D-COOP** | **M-COOP** | **CP-COOP** | **Número de Seguro Social completo[[2]](#footnote-2)** | ***¿Certificado de cooperador vigente?*** | | ***Fecha vence certificado de cooperador***  ***día/mes/año*** | **Nombre completo del candidato** | **Candidato a:** | | | | **Materia** | **Nivel o grado** | **IES**  [UPR + recinto, CMPR o EAP] |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sí** | **No** | **D** | **CP** | **M** | **Otro**  **(Especifique)** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  | XXX – XX – XXXX |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  | XXX – XX – XXXX |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  | XXX – XX – XXXX |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  | XXX – XX – XXXX |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  | XXX – XX – XXXX |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  | XXX – XX – XXXX |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**INFORME SEMESTRAL DEL CENTRO DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS EDUCATIVAS**

**Página 2**

**INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR PRIVADAS**

| **Núm.** | **Nombres y apellidos**  (director del centro, maestro cooperador, consejero cooperador o director cooperador) | **Número de TAL** | **D-CENTRO** | **D-COOP** | **M-COOP** | **CP-COOP** | ***¿Certificado de cooperador vigente?*** | | ***Fecha vence certificado de cooperador***  ***día/mes/año*** | **Nombre del candidato** | **Candidato a:** | | | | **Materia** | **Nivel o grado** | **IES (+recinto)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sí** | **No** | **D** | **CP** | **M** | **Otro**  **(Especifique)** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Certifico correcto:**

**Nombre del director del centro Firma Fecha**

*SELLO ESCOLAR*

**Notas generales:**

* Marcar con una equis (X) en los espacios que corresponda.
* El director del centro debe:
  + cumplimentar y certificar este informe,
  + acompañar el informe con copia de los certificados de participación de los cooperadores en el curso o seminario preparatorio o de readiestramiento, según aplique, con la cantidad de unidades crédito o su equivalente en horas contacto y
  + enviar el informe junto con los certificados al Programa de Experiencias Clínicas Educativas (PECE) del DEPR al correo electrónico: [PECE@de.pr.gov](mailto:PECE@de.pr.gov) o la mano con acuse de recibo.
* Fecha límite para ser recibido en el nivel central: primer semestre – a más tardar el 31 de octubre / segundo semestre – a más tardar el 31 de marzo.

1. Universidad de Puerto Rico (UPR), Conservatorio de Música de Puerto Rico (CMPR) y Escuela de Artes Plásticas de Puerto Rico (EAP) [↑](#footnote-ref-1)
2. Requisito del Departamento de Hacienda de Puerto Rico para la emisión de cheques a individuos. [↑](#footnote-ref-2)