

Universidad **de Nariño**

**Sistema Integrado de Gestión de la Calidad**

**Instructivo de Solicitud de Comisión Académica**

**Versión 2**

**Código: DQI-FOA-IN-01**

**Proceso: Formación Académica**

**Septiembre 30 de 2015**

**DOCENTE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **REQUISITOS** | **CUMPLE** |
| **SI** | **NO** |
|  | Oficio del funcionario al Comité Curricular solicitando la autorización de la Comisión Académica, indicando la sustentación de los beneficios académicos que la Facultad y el Departamento y la Universidad derivarán de la comisión solicitada. La comisión debe ser de interés para el desarrollo del programa al que está adscrito el docente y de beneficio general para la Institución.En el mismo oficio se debe detallar valor de los **recursos solicitados del rubro del Departamento de Química,** y destino de los mismos (Transporte aéreo, inscripción, etc), para fines de solicitar CDP. ***VER******FORMULARIO 1.*** |  |  |
|  | Carta de invitación por parte de la entidad organizadora del evento o constancia de aceptación de ponencia.  |  |  |
|  | Acta de compromiso del docente ante el Director de Departamento, en la que certifique el **cronograma de recuperación de clases**, en caso en que la comisión implique la ausencia del docente de sus labores académicas, previo acuerdo con los estudiantes de cada curso**,** en dicha Acta **debe registrarse la firma de los estudiantes o del Representante Estudiantil del Curso. *VER******FORMULARIO 2.*** |  |  |
|  | Acta de compromiso del docente sobre la **socialización** que hará al regreso de la Comisión, con profesores y estudiantes del Departamento. ***VER******FORMULARIO 3.*** |  |  |
|  | Acta del Docente en la que **acepta asistir con los recursos** **que le otorgan** el Departamento, la Facultad, etc., **o con Recursos Propios** e informar si para su participación en dicho evento, recibe financiación por parte de otras entidades, como pasajes y aportes y/o en qué condiciones asistirá al mismo. ***VER FORMULARIO 4.*** |  |  |
|  | Paz y Salvos de Vicerrectoría Académica y de la Facultad respectiva, con otras Comisiones Académicas. (**Aclaración**. debe indicarse en los paz y salvos el número total de días de otras comisiones nacionales o extranjeras que se le hayan otorgado al docente en el año, para determinar si cumple o no con el Artículo 73º y 76º del Estatuto del Personal Docente.) |  |  |
|  | Acta de la Asamblea de profesores recomendando la comisión y el monto del apoyo económico, cuando la comisión sea financiada por el Departamento al cual pertenece el docente.  |  |  |
|  | Anexar Convenio suscrito entre las partes, cuando la comisión sea mayor a 15 días por año, según lo establecido en el Artículo 76º del Estatuto de Personal Docente. |  |  |
|  | Paz y salvo de revisoría de cuentas  |  |  |
|  | Datos requeridos para trámite de avance. ***VER FORMULARIO 5.*** |  |  |
|  | Impresión de comunicación enviada al correo electrónico saludocupacional@udenar.edu.co informando el desplazamiento fuera del área de trabajo, según Circular Conjunta No. 05 (AÑO 2014)***VER AL FINAL CIRCULAR CONJUNTA NO. 05*** |  |  |

**EL DOCENTE DEBERÁ RADICAR ANTE EL COMITÉ CURRICULAR Y DE INVESTIGACIÓN LOS SOPORTES DE LA LISTA EN ORIGINAL Y UNA COPIA DE LOS MISMOS PARA EL TRÁMITE RESPECTIVO.**

Lo anterior en cumplimento del **Acuerdo No. 015 del 28 de febrero de 2015** emanado del Consejo Superior, por el cual se modifica parcialmente el Estatuto General de la Universidad de Nariño, en lo correspondiente a las funciones del Consejo Superior, Rector, Consejos de Facultad y Comités Curriculares y de Investigación, específicamente en lo relacionado con los trámites de Comisiones Académicas y Administrativas, Nacionales e Internacionales, y a lo estipulado en la **Circular 001** de 24 de marzo de 2015 del Consejo Académico.

**FORMULARIO 1. Modelo de oficio al Comité Curricular solicitando la autorización de la Comisión Académica**

San Juan de Pasto, **día, mes, año**

Señores

**Comité Curricular y de Investigación**

**Departamento de Química**

Universidad de Nariño

Ciudad

Referencia: Solicitud Comisión Académica **(Remunerada, Parcialmente remunerada, No remunerada.)**

Cordial saludo,

La presente con el fin de solicitar la autorización y trámite respectivo para que se conceda Comisión Académica **Remunerada, Parcialmente remunerada, No remunerada,** para asistir al **“nombre del evento académico, tal como aparece en la invitación o carta de aceptación”,** que se desarrollará en la ciudad de *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, durante los días **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** del mes **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** del año**\_\_\_\_\_,** la cual fue aprobada por la Asamblea Docente en reunión realizada el **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Teniendo en cuenta el tiempo de desplazamiento solicito que la Comisión académica se conceda desde el día **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  hasta el día **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  del mes de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** del año**\_\_\_\_\_.**

En el evento en mención participare cómo **ponente, con el trabajo, poster, titulado “ “, Sustentar a continuación los beneficios académicos que el departamento, la facultad y la Universidad derivarán de la comisión solicitada.**

Teniendo en cuenta que para dicha comisión la Asamblea estuvo de acuerdo en que se asignen recursos por valor de **$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_** **del rubro de Viáticos y gastos de viaje Docentes del Departamento de Química,** solicito igualmente que se realice el trámite pertinente para la consecución de los mismos, los cuales se destinaran para **cubrir parcialmente viáticos, Transporte aéreo, inscripción, etc**

Atentamente,

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

Docente TC

Departamento de Química

**Adjunto carta de aceptación, invitación. Etc.**

**FORMULARIO 2. Modelo de Acta de compromiso de recuperación de clases.**

**ACTA DE COMPROMISO DE RECUPERACIÓN DE CLASES.**

Mediante la presente en calidad de Docente Tiempo Completo del Departamento de Química y en cumplimiento a requisito para trámite de Comisión Académica solicitada para asistir al **“nombre del evento académico, tal como aparece en la invitación o carta de aceptación”,** que se desarrollará en la ciudad de *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, durante los días **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** del mes **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** del año**\_\_\_\_\_,** me permito informar las clases en las diferentes asignaturas que en mi ausencia dejaré de impartir, y confirmar mi compromiso con la recuperación de las mimas según el cronograma de recuperación de clases que se ha concertado con los estudiantes:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASIGNATURA** | **PROGRAMA** | **SEMESTRE** | **FECHA Y HORA DE LA CLASE** | **Nº DE HORAS** | **FECHA Y HORA DE RECUPERACIÓN** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Para Constancia de lo anterior se firma en San Juan de Pasto, el **día, mes, año.**

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

**Firma estudiantes, representantes estudiantiles**

**Asignatura**

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

**Firma estudiantes, representantes estudiantiles**

**Asignatura**

Atentamente,

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

Docente TC

Departamento de Química

**FORMULARIO 3. Modelo de Acta de compromiso de socialización.**

**ACTA DE COMPROMISO DE SOCIALIZACIÓN.**

Mediante la presente en calidad de Docente Tiempo Completo del Departamento de Química expreso mi compromiso de realizar la respectiva socialización con profesores y estudiantes del Departamento de Química, al regreso de la Comisión Académica solicitada para asistir al **“nombre del evento académico, tal como aparece en la invitación o carta de aceptación”,** que se desarrollará en la ciudad de ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,** durante los días **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** del mes **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** del año**\_\_\_\_\_.**

Para Constancia de lo anterior se firma en San Juan de Pasto, el **día, mes, año.**

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

Docente TC

Departamento de Química

**FORMULARIO 4. Modelo de Acta de aceptación de asistencia con los recursos otorgados.**

**ACTA DE COMPROMISO PARA ASISTIR AL “NOMBRE DEL EVENTO ACADÉMICO, TAL COMO APARECE EN LA INVITACIÓN O CARTA DE ACEPTACIÓN”**

Mediante la presente en calidad de Docente Tiempo Completo del Departamento de Química expreso mi compromiso de asistir al **“nombre del evento académico, tal como aparece en la invitación o carta de aceptación”,** que se desarrollará en la ciudad de ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,** durante los días **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** del mes **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** del año**\_\_\_\_\_,** con los recursos asignados por la Universidad de Nariño los cuales se relacionan a continuación:**1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Detalle | Dependencia | Valor | CDP |
| Apoyo económico para viáticos | Recursos aportados por el Departamento de Química | **$ 1.267.090** |  |
| Inscripción | Recursos disponibles del proyecto “XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX”, financiado por el Sistema de Investigaciones, VIPRI, se anexa oficio con visto bueno | **$ 1.800.000** | 0000-1 |
| Apoyo económico para transporte aéreo Pasto – Sao Paulo - Pasto | Apoyo concedido por la Vicerrectoría de Investigaciones, se anexa oficio con visto bueno | **$ 1.000.000** | 0000-1 |
| *La estadía y transporte interno será cubierto por la Universidad de Sao Paulo***2** |
| **Total** | **$ 4.067.090** |  |

**Teniendo en cuenta que los recursos otorgados NO o SI3 cubren la totalidad de gastos de viaje y viáticos, acepto los aportes económicos concedidos, según el presupuesto anteriormente descrito.**

**1** *Discriminar los recursos y destino de apoyos concedidos**por el Departamento y/o la Facultad, relacionando y anexando copia de los CDP que respalden apoyos concedidos desde otras Dependencias de la Universidad de Nariño*.

**2** *Especificar si para su participación en dicho evento, recibe aportes de otras entidades, como pasajes y aportes y/o en qué condiciones asistirá al mismo.*

**3** *En caso de que los recursos otorgados no cubran la totalidad de gastos de viaje y viáticos, el docente deberá especificar en el Acta que acepta los aportes económicos mínimos que se acuerden conceder por parte de la Asamblea de Docentes y el Comité Curricular.*

Para Constancia de lo anterior se firma en San Juan de Pasto, el **día, mes, año.**

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

Docente TC

Departamento de Química

**FORMULARIO 5. Datos requeridos para trámite de avance.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |
| Número de Cedula |  |
| Cargo |  |
| Salario mensual |  |
| Número de Cuenta, Tipo y entidad bancaria |  |
| Celular  |  |
| Correo electrónico |  |

**CIRCULAR CONJUNTA No. 05**

**(AÑO 2014)**

**DE: Oficina Control Interno Y Oficina De Salud Ocupacional.**

**PARA:** **VICERRECTORES, SECRETARIO GENERAL, DECANOS, DIRECTORES DE PROGRAMA, DIRECTORES DE CENTROS, JEFES DE DEPENDENCIA, EXTENCIONES, DEMÁS FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS UNIVERSIDAD DE NARIÑO.**

**FECHA:** **VEINTICINCO (25) DE AGOSTO DE 2014.**

**ASUNTO: INFORMAR SITUACIONES DE DESPLAZAMIENTO FUERA DEL AREA DE TRABAJO.**

La oficina de Control Interno, en cumplimiento y desarrollo de su misión institucional contemplada en el artículo 209 de la CPC de 1991, en desarrollo de la Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 019 de 2012, Acuerdo 068 del 17 de diciembre de 1998, emitido por el Honorable Consejo Superior de la Universidad de Nariño y Resolución Rectoral Nro. 004151, del 26 de noviembre de 1999 y la Oficina de Salud Ocupacional con el fin de informar a la Aseguradora de Riesgos Profesionales, el cambio de riesgo respetuosamente se recomienda atender las siguientes las siguientes recomendaciones:

1. Cada vez que el personal Docente o Administrativo de Planta o Contratistas, por razones académica y/o administrativas tengan que viajar a un lugar distinto de su área de trabajo, deben informar de la novedad al correo electrónico saludocupacional@udenar.edu.co de la oficina de Salud Ocupacional.
2. La información a suministrar referente al desplazamiento debe contener:
* Nombre y cedula de las personas que viajan.
* Destino.
* Fecha y hora de salida.
* Fecha y hora de llegada.

Agradecemos su amable colaboración.

Atentamente,

 **Original firmado Original firmado**

**JOSE RAFAEL MAFLA GUERRA JAIRO ESPAÑA CASTILLO**

Jefe Ofician de Control Interno Coordinador Salud Ocupacional

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ELABORADO POR:** | **REVISADO POR:** | **APROBADO POR:** |
| **CARGO:** | Asistencial III - Secretaria Departamento de Química | Directora Departamento de QuímicaAsesor de Proceso – Equipo de Calidad | Directora Departamento de Química |
| **NOMBRE:** | Carolina Luna Bastidas | Sonia Ximena Delgado JojoaDiana Molano Rodríguez | Sonia Ximena Delgado Jojoa |
| **FIRMA:** |  |  |  |
| **FECHA:** | 2015-09-30 | 2015-09-30 | 2015-09-30 |

| **CONTROL DE CAMBIOS** |
| --- |
| **Versión** | **Fecha de Aprobación** | **Descripción del Cambio** |
| 1 | 2014-10-06 | Creación del Documento. |
| 2 | 2015-09-30 | Actualización de la información por cambio de normatividad. |