**FORMULARIO ÚNICO DE INCIDENCIAS – SEDE COMAS**

**UNIDAD DE CIENCIAS BÁSICAS**

**(Actualizado 2025-II)**

**INDICACIONES**

Cómo presentar correctamente el formulario de incidencias:

* Nombre del archivo: **FORMULARIO\_INCIDENCIAS\_NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE**
* El archivo **debe enviarse en formato PDF.**
* Ingresar todos los datos solicitados correctamente.
* Agregar todas las evidencias especificadas en **“PRESENTACIÓN DE SUSTENTOS”**
* El adecuado llenado del formulario y su envío a los correos correspondientes **es responsabilidad exclusiva del estudiante.**
* Si el estudiante no presenta el formulario en el formato actualizado correspondiente al semestre en curso, **la solicitud no será evaluada hasta que se entregue correctamente.**

|  |
| --- |
| **CORREOS – UNIDAD DE CIENCIAS BÁSICAS (CICLO I A CICLO VI)** |
| * + Asistente primer año (ciclo I y II): **Dra. Miryam Rodríguez Lucen**   mrodriguezl@usmp.pe  **Poner en copia a la Unidad de Ciencias Básicas** ([dbasicas\_fmh@usmp.pe](mailto:dbasicas_fmh@usmp.pe)). |

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **DNI** |  |
| **Nombres y Apellidos** |  |
| **Correo electrónico institucional** |  |
| **Teléfono móvil** |  |
| **Ciclo** |  |

**DATOS DEL APODERADO(A) (SÓLO SI ES MENOR DE EDAD)**

|  |  |
| --- | --- |
| **DNI** |  |
| **Nombres y Apellidos** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Teléfono móvil** |  |
| **Parentesco** |  |

**DATOS DE LA INCIDENCIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A continuación, se le solicita marcar con un aspa **(X)**, el tipo de incidencia que presentó. | | | | | | | | | | | |
|  | **Problema de salud.**  Corresponde a situación de enfermedad de tipo emergencia, urgencia, o tratamiento de una enfermedad crónica que presenta el estudiante. | | | | | | | | | | |
|  | **Ausencia de conectividad a internet o corte de fluido eléctrico**  Corresponde también a saturación en la red que imposibilita el normal desarrollo de su evaluación. En el caso de un paso corto puede ser presentado desde un dispositivo móvil. **(SÓLO PARA ASIGNATURAS CON COMPONENTE VIRTUAL).** | | | | | | | | | | |
|  | **Fallas en el aula virtual**  Corresponde a fallas en la página del aula virtual, debido a caída del sistema. | | | | | | | | | | |
| **Nombre de la asignatura** | | | **Marcar con un aspa, el componente** | | | | | | | | |
|  | | |  | Teoría | | |  | Práctica | |  | Seminario |
| **Turno (horario en el que está matriculado)** | | |  | | | | | | | | |
| **Marcar con un aspa, la actividad (virtual/presencial) que no realizó por presentar inconvenientes** | | | | | | | | | | | |
|  | Ausencia en clase | | |  | | Examen final | | | | | |
|  | Evaluación (Seminario o Práctica) | | |  | | Entrega de informe | | | | | |
|  | Examen parcial | | |  | |  | | | | | |
| **Fecha de la Actividad** | | | | **Hora presentada la incidencia** | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
| **Nombres y Apellidos del Docente** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Detalle (máximo 10 líneas):** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Datos a llenar en caso de incidencia por falla técnica de corte de luz o servicio de internet** | | | | | | | | | | | |
| **Proveedor del Servicio** | | **Nro. de Reclamo** | | | **Nro. de Suministro** | | | | **DNI del Titular** | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | |

**PRESENTACIÓN DE SUSTENTOS**

|  |
| --- |
| **Problema de salud.**  Debe presentar una fotografía de lo siguiente:   1. **Certificado de atención médica de urgencia, emergencia, o tratamiento de enfermedad crónica, de la institución que brindo la atención.** 2. **Comprobante de pago de la atención médica.** 3. **Comprobante de pago de las medicinas que le prescribieron.** 4. **Receta médica que le prescribieron.**   En caso la atención fuera realizada por cortesía, presentar un certificado médico simple dónde el médico tratante indique que fue por cortesía y especifique sus conflictos de interés; adjuntando lo referido al numeral 3 y 4. El alumno debe presentar todos los documentos señalados de lo contrario el formulario se considerará incompleto.  **No se aceptarán incidencias en los siguientes motivos:**   * **Si la atención médica fue brindada por un pariente directo (padres, hermanos, cónyuge) o un familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad.** * **Si el estudiante no presenta las evidencias completas.** * **Si hay sospecha que las evidencias sean falsas o viciadas.** * **El estudiante no presenta el formulario de incidencias correctamente llenado y dentro de las 48 horas de ocurrido el incidente.** |
| **Ausencia de conectividad a internet.**  Debe presentar una fotografía o captura de pantalla en la cual se muestre la totalidad de su monitor.  La fotografía o captura de pantalla debe ser tomada en el preciso momento de la incidencia, debiéndose tener precaución de que se visualice la fecha y hora del sistema**, junto con la respuesta de reclamo de la empresa proveedora de servicio.** |
| **Corte de electricidad súbito.**  Debe presentar una fotografía del cronograma de corte, o alguna evidencia que corrobore su caso. |
| **Fallas en el Aula Virtual.**  Debe presentar una fotografía o captura de pantalla en la cual se muestre la totalidad de su monitor, además de una foto con acercamiento a la fecha y hora del sistema.  La fotografía o captura de pantalla debe ser tomada en el preciso momento de la incidencia, debiéndose tener precaución de que se visualice la fecha y hora del sistema.  **No se aceptarán incidencias en los siguientes motivos:**   * **El estudiante ingresa faltando pocos minutos para que la evaluación finalice.** * **El estudiante no presente en el formulario alguna fotografía o captura de pantalla en el preciso momento de la incidencia.** * **El estudiante no presente el formulario de incidencias correctamente llenado y dentro de las 24 horas de ocurrido el incidente.** * **El estudiante toma mucho tiempo en desarrollar las primeras preguntas motivo por el cual el sistema lo sacará sin haber concluido su evaluación.** * **El estudiante no disponga de sus datos de acceso al aula virtual.** |

|  |
| --- |
| A continuación, se le solicita presentar medios de verificación de la incidencia, según corresponde.  **AQUÍ PEGAR LA EVIDENCIA:**   * **FOTO DEL CERTIFICADO Y DESCANSO MÉDICO, RECETA MÉDICA, RECIBO DE COMPRA DE MEDICAMENTOS, RECIBO DE PAGO DE CONSULTA, ETC.** * **FOTO Y/O CAPTURA DE PANTALLA COMPLETA Y VISIBLE, CON FECHA Y HORA.** * **IMÁGENES DEL RECLAMO PRESENTADO AL PROVEEDOR DEL SERVICIO, CON FECHA Y HORA.** |