



CONFERENCIA ANUAL
DEL **PROGRAMA** DE
EDUCACIÓN PARA ADULTOS

DEPARTAMENTO DE
EDUCACIÓN





CONFERENCIA ANUAL
PROGRAMA
EDUCACIÓN PARA ADULTOS

PROCESOS DE MONITORIA DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA ADULTOS 2024-2025

William Rivera Fontán
Marisol Cabrera Galindo

MONITORIAS

- Programática y Fiscal
- Propiedad
- Expediente del participante

MONITORIA PROGRAMÁTICA Y FISCAL

PROPÓSITO

Mediante la Monitoria Programática y Fiscal, el programa podrá determinar si un proveedor de servicios educativos cumple con los requisitos de ley y administrativos en términos de: docencia, rendición de cuentas, aspectos fiscales, servicios complementarios y planta física, entre otros.

MONITORIA PROGRAMÁTICA Y FISCAL

ASPECTOS IMPORTANTES

La monitoria programática y fiscal se aplicará en los centros de servicios educativos, una vez al año finalizando el 2^{do} ciclo escolar, según se establece en el calendario de visitas de monitoria.

Dado a la celeridad del programa, al momento de aplicar la *Guía de Monitoria Programática y Fiscal*, el término que se evaluará corresponderá al año fiscal en curso, excepto en los criterios correspondientes al rendimiento, los cuales se evalúan con el informe del rendimiento para el National Report System (NRS) del ciclo anterior.

MONITORIA DE EQUIPO Y PROPIEDAD

Con el propósito de maximizar el uso de los recursos el proveedor de servicios, custodia de manera responsable la propiedad del programa y evitar la pérdida de fondos públicos.

Al menos una vez cada dos años, la Unidad de Monitoria Federal (UMF) realizará la monitoria.



MONITORIA DE EXPEDIENTE DE LOS PARTICIPANTES

MONITORIA DE EXPEDIENTE DE LOS PARTICIPANTES

La monitoria de expediente de los participantes se realiza utilizando un procedimiento combinado de escritorio y visita de campo.

En la monitoria de escritorio, se evaluará el 100% de los expedientes por medio del Sistema de Información de Adultos (SIA) y una muestra del 20% de los expedientes en una visita al centro de servicios educativos.

Éste es el único instrumento de monitoria del PEA que utiliza un procedimiento combinado de evaluación.

La monitoria de expedientes de participantes se aplicará luego del cierre de matrícula de cada ciclo escolar.



MONITORIA DE EXPEDIENTE DE LOS PARTICIPANTES

1. El expediente incluye toda la información y los documentos requeridos al participante según el Compendio de políticas del DEPR vigente.
2. El expediente está organizado según los requisitos administrativos.
3. La información incluida en los formularios está debidamente cumplimentada.
4. El participante es elegible para participar del programa. Es decir, cumple con los requisitos de elegibilidad.

MONITORIA DE EXPEDIENTE

Documentos que se monitorean para el cumplimiento de la Monitoria de Expediente.

- Hoja de Cotejo Requisitos de Elegibilidad
- Formulario de Certificación de Identidad
- Foto del Participante
- Transcripción de Créditos /Resultados de Examen de Ubicación/ **convalidación** de la Unidad de Estudios de Equivalencia (extranjeros) No aplica ABE 1
- Certificación de Baja Oficial o Estatus de Matrícula / Documento de Traslado T6 (aplica si es menor de 21 años)
- Certificado de Vacunas (aplica si es menor de 21 años)
- Formulario de Recopilación de Datos del Participante (Intake)
- Formulario Oficial de Matrícula
- Forma de Confidencialidad



Hoja de Cotejo de Requisitos de Elegibilidad para los Servicios Educativos

El participante _____ ha presentado y completado los siguientes documentos para participar de los servicios del Programa de Educación para Adultos:

FORMULARIOS DE REQUERIMIENTO FEDERAL

- 1. Formulario de Certificación de Identidad
- 2. Transcripción de Créditos en original, sellada y firmada por el director de la escuela de procedencia o resultados de examen de ubicación de la Unidad de Exámenes, Diplomas y Certificaciones o Certificación de Equivalencia (extranjeros). (No aplica a personas matriculadas en ABE I).
- 3. Carta de Baja Oficial o Certificación indicando que no está matriculado en una escuela regular o T 6 (No aplica a personas matriculadas en ABE I). Debe indicar el último grado aprobado, especificar que no está matriculado en una escuela o Programa Regular de Enseñanza e indicar la razón o motivo por lo cual el participante abandonó sus estudios, según consta en los expedientes o documentos oficiales que establecen la Baja Oficial del estudiante de la escuela.

FORMULARIOS DE REQUERIMIENTO ESTATAL

- 4. Certificado de Vacunas, si es menor de 21 años de edad (PVAC 3).
- 5. Identificación con foto vigente en original y copia (puede ser licencia de conducir, pasaporte o tarjeta electoral). De no tener identificación con foto debe entregar dos fotografías 2"x 2" identificadas con su nombre y apellidos en la parte posterior.

Si no aplica algún documento en las áreas de requerimiento federal y estatal favor de colocar 'N/A' en el encasillado correspondiente.

Certifico que el expediente del participante matriculado en el centro de servicios educativos _____ posee todas las evidencias de elegibilidad para participar en el Programa de Educación para Adultos.

Certifico que la información es correcta y puede ser verificada:

_____ Nombre Proveedor de Servicio o Representante Autorizado	_____ Puesto
_____ Firma Proveedor de Servicios o Representante Autorizado	_____ Fecha



FOTO DEL PARTICIPANTE

Fecha: _____

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD

Con el propósito de proteger la identidad de los participantes del Programa de Educación para Adultos, se cumplimentará este formulario para certificar el nombre completo del participante, la fecha, el lugar de nacimiento y el número de seguro social, según aparece en el Certificado de Nacimiento y la tarjeta del Seguro Social, respectivamente.

Nombre del centro _____

ORE _____ Municipio _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Lugar de nacimiento _____
Día/ Mes / Año

Edad: _____

Número de seguro social ____/____/____ _____
Número como aparece en la tarjeta de seguro social Nombre como aparece en el certificado de nacimiento

Certifico que la información aquí ofrecida es fiel y exacta de acuerdo con los documentos originales que presentó el participante.

Nombre del funcionario que prepara la certificación _____ Firma _____ Posición _____

Nombre del proveedor de servicios _____ Firma _____ Fecha _____

Nota: El PEA no podrá rechazar a ninguna persona extranjera o sin hogar por no poseer un número de seguro social o porque no pueda demostrar la legalidad de su presencia en Puerto Rico.





DIVISIÓN DE VACUNACIÓN

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN PARA INGRESO A UN CENTRO PRE-ESCOLAR O INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Nombre: MOGOLLON GERENA, ETHAN JOSE Fecha de Nacimiento: 03 / 20 / 2002
 Mes / Día / Año
 Nombre del Tutor Legal: GERENA ESQUILIN, JOCELYN ANNETTE
 Nombre de Facilidad: 5140-SERVICIOS MEDICOS INTEGRADOS DE FAJARDO

VACUNAS	FECHAS DE LAS DOSIS DE VACUNAS ADMINISTRADAS				
	DOSIS 1	DOSIS 2	DOSIS 3	DOSIS 4	DOSIS 5
DTP/aP/DT					
HPV					
HEP A					
HEP B					
Hib					
Influenza					
MMR					
Measles					
Meningo					
Meningo B					
Mumps					
Pneumococcal					
Pneumococcal Poly					
Polio					
Rota					
Rubella					
Td					
Tdap					
Varicella					

() Historial de Varicela diagnosticado por un médico o títulos de anticuerpo positivo.
 () Certifico que este estudiante está adecuadamente vacunado de acuerdo con los requisitos mínimos establecidos para asistir a un Centro Pre-Escolar o Institución Educativa [Ver al dorso].

También certifico, que recoge con exactitud las fechas de vacunas administradas.

Este certificado es válido hasta la fecha: _____.

Nombre (letra de molde) _____

Firma y Título de MD / RN _____

Núm. Licencia _____

Fecha _____

Este documento será entregado al estudiante en caso de que éste se transfiera a otro Centro Pre- Escolar o Institución Educativa.
CUALQUIER ALTERACIÓN EN ESTE CERTIFICADO INVALIDARÁ EL MISMO.



Primer Ciclo Segundo ciclo Tercer ciclo

RELEVO DE CONFIDENCIALIDAD

Centro: _____ Municipio: _____ Año: _____
ORE: _____

Este consentimiento escrito permite que el Programa de Educación para Adultos, adscrito al Departamento de Educación de Puerto Rico, comparta datos del expediente académico de los participantes para fines de reporte federal, establecido por la Ley de Innovación y Oportunidades para la Fuerza Laboral (WIOA, por sus siglas en inglés).

La información será compartida única y exclusivamente con los socios establecidos por la Ley WIOA. Los socios obligatorios establecidos por WIOA son: Programa de Desarrollo Laboral (Áreas Locales de Desarrollo Laboral), Wagner-Peyser, y Departamento de Rehabilitación Vocacional. La información del registro académico que será compartida, las agencias que recibirán la información y el propósito para compartir dicha información es la siguiente:

Información	Agencia	Propósito
Nombre del Participante	Áreas Locales de Desarrollo Laboral	Identificar matrícula concurrente entre los programas subsidiados por WIOA.
Seguro Social	Departamento del Trabajo y Recursos Humanos	Recopilar los datos relacionados a los indicadores primarios de empleabilidad del Sistema de Información Salarial y del Sistema de Seguro por Desempleo
Fechas de Asistencia		
Resultados de pruebas	Socios establecidos por WIOA	Compartir datos relacionados con la ganancia educativa de los participantes.
Otra relacionada	Otros socios medulares	Otros propósitos relacionados con el PEA.

La Ley de Derechos y Privacidad de la Educación Familiar de 1974 (FERPA) establece que un participante debe autorizar por escrito la divulgación de su expediente educativo. Los participantes pueden posteriormente revocar, total o parcialmente, el consentimiento que autoriza la divulgación de su información.

COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Escriba su nombre en letra de molde, registre su selección sobre el consentimiento para compartir sus datos y certifique la misma con su firma y fecha. Nota: Comprendo que no tengo que proveer autorización para compartir mi registro académico para recibir los servicios educativos que estoy solicitando.

Nombre del participante en letra de molde: _____

Si. Voluntariamente doy el consentimiento para compartir mis datos.

No. Seleccione no autorizar que mis datos sean compartidos.

Firma del participante: _____ Fecha: _____





FORMULARIO DE RECOPIACIÓN DE DATOS Y ADMISIÓN DEL PARTICIPANTE (INTAKE)

<input type="checkbox"/> Primer Ciclo		<input type="checkbox"/> Segundo Ciclo		<input type="checkbox"/> Tercer Ciclo		Año:	
Centro:				Municipio:		ORE:	
INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE							
Número de Estudiante:				Número de Visa:			
Seguro Social:				Tipo de Visa:			
Nombre:			Inicial:	Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Sexo:		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de nacimiento:		Edad:	
<input type="checkbox"/> No binario		<input type="checkbox"/> No contestó					
Dirección							
Residencial:							
Postal:							
Teléfono Residencial:				Teléfono Celular:			
Correo Electrónico:							
Nombre del padre o encargado (si el PARTICIPANTE es menor de 21 años)							
Nombre:		Inicial:	Apellido Paterno:		Apellido Materno:		<input type="checkbox"/> Padre o madre
Contactos de emergencia (importante para el seguimiento "Follow Up")							
Parentesco:		Nombre:			Teléfono:		
Parentesco:		Nombre:			Teléfono:		
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (Selección con una (X) la premisa que corresponda)							
Pais de origen: <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> República Dominicana <input type="checkbox"/> Colombia <input type="checkbox"/> Venezuela <input type="checkbox"/> Cuba							
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____							
Raza / Etnia: <input type="checkbox"/> Indioamericano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano							
<input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Blanco (no de origen Hispano) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Dos o más razas							
Estado Laboral Marque con una X el estatus de empleabilidad que le corresponda.		<input type="checkbox"/> Empleado: Si seleccionó esta opción indicar: Nombre del patrono: _____					
		Puesto: _____ Salario: _____					
		<input type="checkbox"/> Empleado desplazado (Recibió terminación de empleo o separación militar está pendiente)					
		<input type="checkbox"/> Desempleado – (Participante que no está empleado, pero está en la búsqueda de empleo)					
<input type="checkbox"/> No en fuerza laboral – (No está buscando empleo. Por ejemplo, retirado, encarcelado, ama de casa)							





INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA		
BARRERAS PARA EL EMPLEO (REQUERIMIENTO FEDERAL)		
Responde 'Sí' o 'No'. Si la respuesta es afirmativa, completa el recuadro de la derecha.		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ama de casa desplazada:	¿Dependía de la ayuda económica de otro miembro de la familia y dejó de recibir la ayuda?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aprendices del idioma inglés/bajos niveles de alfabetización/barreras culturales	<input type="checkbox"/> ¿Tiene capacidad limitada para hablar, leer, escribir o entender el idioma inglés? <input type="checkbox"/> ¿Tiene dificultad para calcular y resolver problemas, o carece del nivel necesario para funcionar en el trabajo, en su hogar o en la sociedad? <input type="checkbox"/> ¿Piensa que sus actitudes, creencias, costumbres o forma de trabajar pueden ser un obstáculo para que obtenga o mejore en un empleo?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia TANF	¿Recibe ayuda TANF? En caso afirmativo, ¿está dentro de los 2 años de haber agotado la elegibilidad vitalicia?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Exofensor	<input type="checkbox"/> ¿Ha estado sometido a cualquier etapa del proceso de justicia penal por cometer un acto delictivo? <input type="checkbox"/> ¿Requiere asistencia para superar las barreras resultantes de un registro de arresto o condena? <i>(No seleccione esta categoría si se encuentra actualmente encarcelado.)</i>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Jóvenes sin hogar o fugitivo (sin acompañante adulto):	<input type="checkbox"/> ¿Carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada? <input type="checkbox"/> ¿Duerme en un lugar público o privado, no diseñado o utilizado ordinariamente para que una persona se aloje? <input type="checkbox"/> ¿Tiene menos de 18 años de edad y se ausenta de su hogar o lugar de residencia legal sin el permiso de su familia?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desempleado por largo tiempo:	¿Ha estado desempleado por 27 semanas consecutivas o más?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bajos ingresos	¿Usted o alguien de su hogar, recibe beneficios de cupones de alimentos, TANF, seguro social u otra asistencia pública? ¿Eres un(a) joven en hogar de crianza?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trabajador agrícola migratorio y estacional	<input type="checkbox"/> Trabajador estacional ¿Trabajó los últimos 12 meses en un empleo agrícola? <input type="checkbox"/> Trabajador migrante y estacional ¿Es un empleado agrícola estacional con residencia permanente? <input type="checkbox"/> Dependiente ¿Es dependiente de un empleado agrícola/estacional?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Individuo con discapacidad (Divulgación Opcional)	La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, define una discapacidad como un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de una persona. ¿Es un individuo con discapacidad? Notificación de Acomodo Especial: Si tiene una discapacidad y/o una condición y desea alguna adaptación especial para la enseñanza o pruebas, es su responsabilidad notificar al personal del programa y proporcionar documentación profesional de su discapacidad. ¿Desea solicitar acomodo especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>El centro sera responsable de garantizar los acomodos del participante.</i>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Madre o padre soltero:	<input type="checkbox"/> ¿Está separada(o), divorciada(o) o enviudó y tiene la responsabilidad principal de un(unos) dependiente(s) menor(es) de 18 años? <input type="checkbox"/> ¿Es una mujer soltera y está embarazada?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Joven en hogar de crianza:	¿Está o estuvo bajo el sistema de hogar de crianza?

POBLACIONES ESPECIALES (REQUERIMIENTO ESTATAL)				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Veterano	¿Sirvió en las fuerzas armadas y se retiró o licenció bajo condiciones honorables?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reincidente, luego de haber sido servido	(Sección 225 – Exclusivo para instituciones correccionales y de rehabilitación) ¿Salió a la libre comunidad, reincidió y entró nuevamente al programa?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Participante de programa correccional	Indique la cantidad de tiempo que resta para que el participante cumpla su sentencia y complete el período de encarcelación. <table border="0" style="float: right;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Menos de 5 años</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Más de 5 años</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Menos de 5 años	<input type="checkbox"/> Más de 5 años
<input type="checkbox"/> Menos de 5 años				
<input type="checkbox"/> Más de 5 años				

P.O. Box 190759, San Juan, PR 00919-0759 - Tel.: (787) 773-3450 / 3453

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso.



EDUCACIÓN			
Grado más alto alcanzado o nivel escolar completado: (Seleccione uno)			
<input type="checkbox"/> No tiene educación escolar	<input type="checkbox"/> Grados 1-5	<input type="checkbox"/> Grados 6-8	<input type="checkbox"/> Grados 9-12 (sin diploma)
	<input type="checkbox"/> Equivalente de Escuela Superior	<input type="checkbox"/> Algunos cursos universitarios, no grado	<input type="checkbox"/> Diploma de Escuela Superior y/o vocacional
		<input type="checkbox"/> Grado Postsecundario Profesional	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿Dónde completó su nivel más alto de educación? <input type="checkbox"/> EE. UU. (Incluye PR.) <input type="checkbox"/> Fuera de EE. UU.			
CO REGISTRO SOCIOS WIOA (CO. ENROLLEMENT)			
¿Está recibiendo servicio de algún Título de la Ley WIOA?		<input type="checkbox"/> Título I - Programas de Adultos, Trabajadores Desplazados y Jóvenes, administrados por el Departamento de Desarrollo Económico y Comercio (DDEC) <input type="checkbox"/> Título III - Servicios de Empleo de la Ley Wagner-Payser administrados por el Departamento de Trabajo y Recursos Humanos (DTRH); <input type="checkbox"/> Programas del Título IV - Administrados por la Administración de Rehabilitación Vocacional.	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN INTEGRADA			
¿Está matriculado en un Programa de Educación y Capacitación Integrada (IET)?		De ser afirmativo, conteste lo siguiente:	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nombre del curso: _____	
		Institución que lo ofrece: _____	
METAS DEL PARTICIPANTE			
(Seleccione con una (X) la premisa que corresponda en las metas primarias como en las secundarias.			
METAS PRIMARIAS			
¿Qué esperas lograr a través de tu participación en este programa de educación para adultos?			
Mejorar Destrezas	Metas Educativas	Metas de Empleabilidad	Mejorar Destrezas del Idioma Inglés
<input type="checkbox"/> Lectura	<input type="checkbox"/> Obtener diploma escuela Superior/Equivalente	<input type="checkbox"/> Obtener empleo o iniciar un negocio propio	<input type="checkbox"/> Hablar
<input type="checkbox"/> Matemática	<input type="checkbox"/> Matricularme en un colegio técnico	<input type="checkbox"/> Mantener mi empleo	<input type="checkbox"/> Escuchar
<input type="checkbox"/> Escritura	<input type="checkbox"/> Matricularme en un programa de adiestramiento	<input type="checkbox"/> Mejorar en mi empleo u obtener un empleo mejor	<input type="checkbox"/> Leer
<input type="checkbox"/> Ciencia/Estudios Sociales	<input type="checkbox"/> Matricularme en un programa universitario	<input type="checkbox"/> Entrar a un programa de aprendizaje (apprenticeship)	<input type="checkbox"/> Escribir
METAS SECUNDARIAS			
<input type="checkbox"/> Dejar la asistencia pública	<input type="checkbox"/> Obtener la ciudadanía	<input type="checkbox"/> Involucrarme más en la educación de mis hijos	<input type="checkbox"/> Lograr Auto eficiencia Económica
<input type="checkbox"/> Aumentar la participación en actividades comunitarias			
MODALIDAD DE SERVICIO EN EL CENTRO			
<input type="checkbox"/> Combinada (Presencial)		<input type="checkbox"/> A distancia	

NOTIFICACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Este programa de educación para adultos puede divulgar la información de sus participantes solo por razones específicas permitidas por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Parte 99), como propósitos de evaluación del programa. Si no desea que se divulgue esta información, marque este encasillado:

Deseo que se compartan mis datos

No deseo que se compartan mis datos

P. O. Box 190759, San Juan, PR 00919-0759 - Tel.: (787)773-3450 / 3453

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso.





RECOGIDOS DE DOCUMENTOS

Autorizo a que mis documentos sean solicitados y compartidos.

Persona autorizada a recoger y solicitar documentos: _____ Parentesco: _____

No autorizo que mis documentos sean compartidos.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor del servicio: _____ Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL PROGRAMA: El **consejero** debe completar esta sección durante una conferencia inicial con el participante luego de haber finalizado el proceso de matrícula.

1. ¿Cuál es la razón principal por la que el participante se matricula?	
2. ¿Qué servicios el programa le proveerá al participante? (Incluyendo Educación y Capacitación Integrada - Credenciales)	
3. ¿Cuáles son las metas educativas y de empleabilidad del participante?	
4. El participante, ¿compartió información sobre cualquier barrera para el empleo que pudiera afectar su participación en el programa? De ser afirmativo, explique.	
Notas adicionales:	

Firma de Consejero o Proveedor de Servicio: _____ Fecha: _____

Del Centro Educativo no tener Consejero el Proveedor de Servicio completará esta área.

Instrucciones para el personal administrativo

La totalidad de la información recopilada en este formulario debe ser ingresada en el Sistema de Información de Adultos (SIA). Luego de crear o actualizar el perfil del participante en el sistema, el auxiliar administrativo deberá generar el INTAKE del SIA y archivarlo en el expediente del participante junto con este documento. El INTAKE generado del SIA no requiere firma.

P.O. Box 190759, San Juan, PR 00919-0759 - Tel.: (787)773-3450 / 3453

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso.





FORMULARIO DE MATRÍCULA

Primer Ciclo Segundo Ciclo Tercer Ciclo

Centro:		C.R.E.		Año:						
INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE										
Nombre:			Número de identificación:							
Marque con una X si en la actualidad participa de uno de los siguientes programas federales:										
<input type="checkbox"/> Jóvenes <input type="checkbox"/> Empleados desplazados <input type="checkbox"/> Adultos (DTRn) <input type="checkbox"/> Servicios de Rehabilitación Vocacional										
PROGRAMA										
<input type="checkbox"/> Educación Básica <input type="checkbox"/> Educación Secundaria <input type="checkbox"/> Inglés Conversacional <input type="checkbox"/> Alfabetización Integrada de Inglés Educación Cívica <input type="checkbox"/> Tutorías para EESS <input type="checkbox"/> Programa de Educación Integrada y Adiestramiento <input type="checkbox"/> Educación a Distancia										
Nivel de Funcionamiento:			Fecha de Matrícula:							
Complete la siguiente tabla para indicar el horario de clases del participante.										
Cursos	Días	Módulo (1) o Clase (según)	Módulo con una (0) la (1) o (2) la (2) la (3) la (4) la (5) la (6) la (7) la (8) la (9) la	Días y horarios de la sección de clases						
				Dom	Lun	Miér	Jue	Vie	Sáb	Dom
EDUCACIÓN BÁSICA										
ACC 1										
Alfabetización (10 días)										
ACC 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4										
Comunicación en Español										
Comunicación en Inglés										
Razonamiento Científico										
Razonamiento Matemático										
Interacción Social										
EDUCACIÓN SECUNDARIA										
ACC 3 Parte A										
Comunicación en Español	1									
Comunicación en Inglés	1									
Razonamiento Científico	1									
Razonamiento Matemático	1									
Interacción Social	0,5									
ACC 3 Parte B										
Comunicación en Español	1									
Comunicación en Inglés	1									
Razonamiento Científico	0,5									
Razonamiento Matemático	1									
Interacción Social	0,5									
ACC 4 Parte A										
Comunicación en Español	1									
Comunicación en Inglés	1									
Razonamiento Científico	1									
Razonamiento Matemático	1									
Interacción Social	0,5									
ACC 4 Parte B <input type="checkbox"/> Tutoría Curricular de Equivalencia de Escuela Superior (CEES) (En los cursos de EESS no se consideran los créditos)										
Comunicación en Español	1									
Comunicación en Inglés	1									
Razonamiento Científico	0,5									
Razonamiento Matemático	1									
Interacción Social	0,5									



EDUCACIÓN SECUNDARIA - CONTINUACIÓN												
Cédulas												
D.S.												
D.S.												
Total de unidades:												
INGLÉS CONVERSACIONAL												
Completar la siguiente tabla para indicar el horario de clases del participante.												
Cursos	Código	Marque con una (X)		Días y horarios de la sección de clases							Inglés	
		la Modalidad de Educación Continua, Educación Continua	EC	CC	Lun	Már	Mié	Jue	Vie			
ESL 01 02 03 04 05 06 (Cursos de ESL pueden ser utilizados como cédulas de Educación Secundaria)												
Inglés Conversacional		1										
ALFABETIZACIÓN INTEGRADA DE INGLÉS Y EDUCACIÓN CÍVICA (231943)												
Completar la siguiente tabla para indicar el horario de clases del participante.												
Cursos	Código	Marque con una (X)		Días y horarios de la sección de clases							Inglés	
		la Modalidad de Educación Continua, Educación Continua	EC	CC	Lun	Már	Mié	Jue	Vie			
ESL 01 02 03 04 05 06												
<input type="checkbox"/> Educación Cívica 3.31												
<input type="checkbox"/> Educación Cívica 3.43												
PROGRAMA DE EDUCACIÓN INTEGRADA Y AGESTRAMIENTO												
Completar la siguiente tabla para indicar el horario de clases del participante.												
Nombre del Curso:	Código/No. Curso	Días y horarios de la sección de clases:							Inglés			
		Lun	Már	Mié	Jue	Vie						

Matricula, programa de clases y evaluación de necesidades académicas realizada por:

Nombre Puesto Firma

Certifico que recibí orientación sobre cuáles son los cursos que necesito para completar los requisitos del Programa, el nivel de funcionamiento donde fui matriculado, los cursos asignados y que puedo cumplir con el horario del programa de clases establecido.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

ORDEN DEL EXPEDIENTE FÍSICO



Expediente Físico

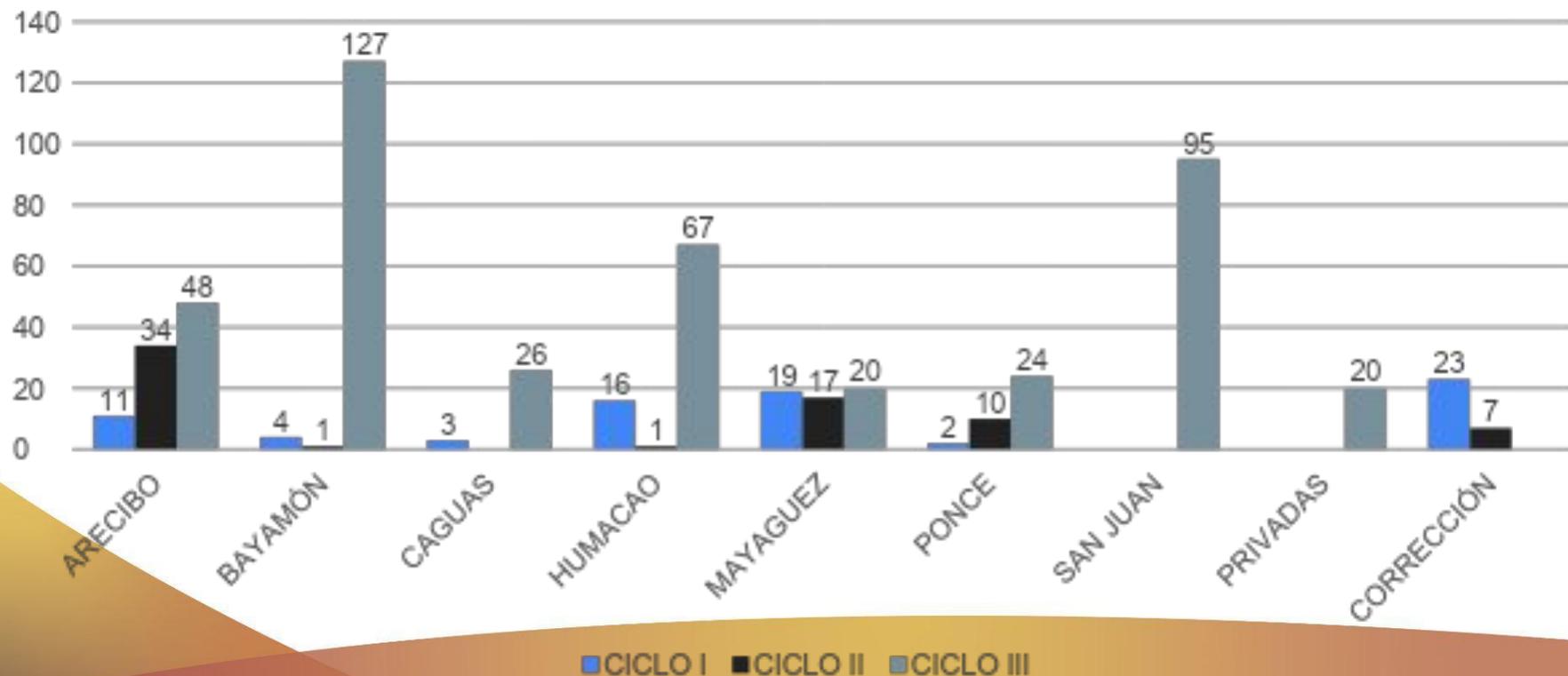
Se utilizará un ~~partición~~ folder de dos divisiones y seis secciones.

LADO 1	DOCUMENTOS
	Hoja de Cotejo de Requisitos de Elegibilidad
	Certificado de Orientación y Prematricula del programa de Educación para Adultos
LADO 2	DOCUMENTOS
	Formulario de Certificación de Identidad
	Certificado de Baja Oficial o Estatus de Matrícula Certificado de Vacuna
LADO 3	DOCUMENTOS
	Formulario de Recopilación de Datos y Admisiones del participante (Intake) Formulario de Confidencialidad
LADO 4	DOCUMENTOS Relevo de Matrícula
LADO 5	DOCUMENTOS
	Expediente Académico
	Transcripción de Crédito Formulario de Convalidación
LADO 6	DOCUMENTOS Plan Individualizado de Rutas Ocupacionales y algún otro documento solicitado por el centro



RESUMEN DE LOS HALLAZGOS RECURRENTES ENCONTRADOS EN LOS DOCUMENTOS DE LOS EXPEDIENTES DE LOS PARTICIPANTES 2023-2024

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD



CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD

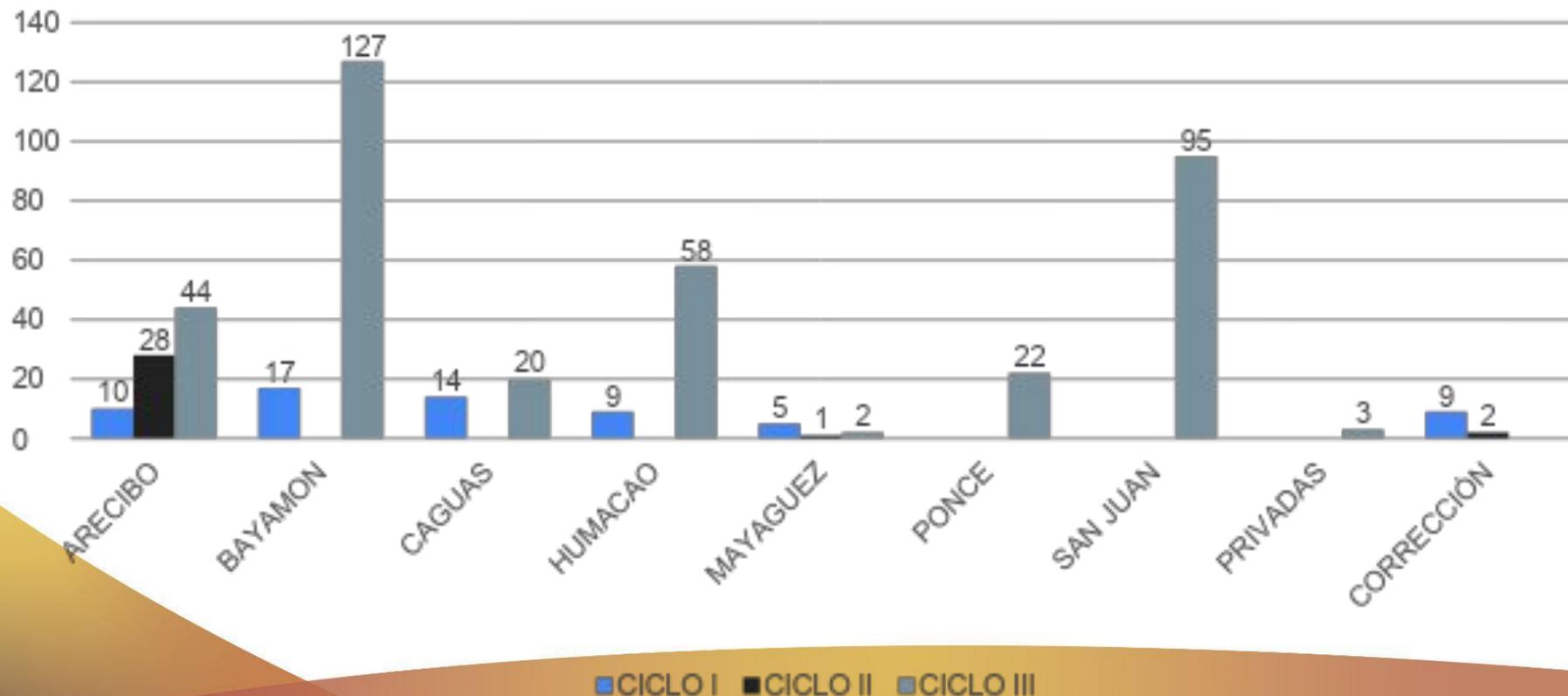
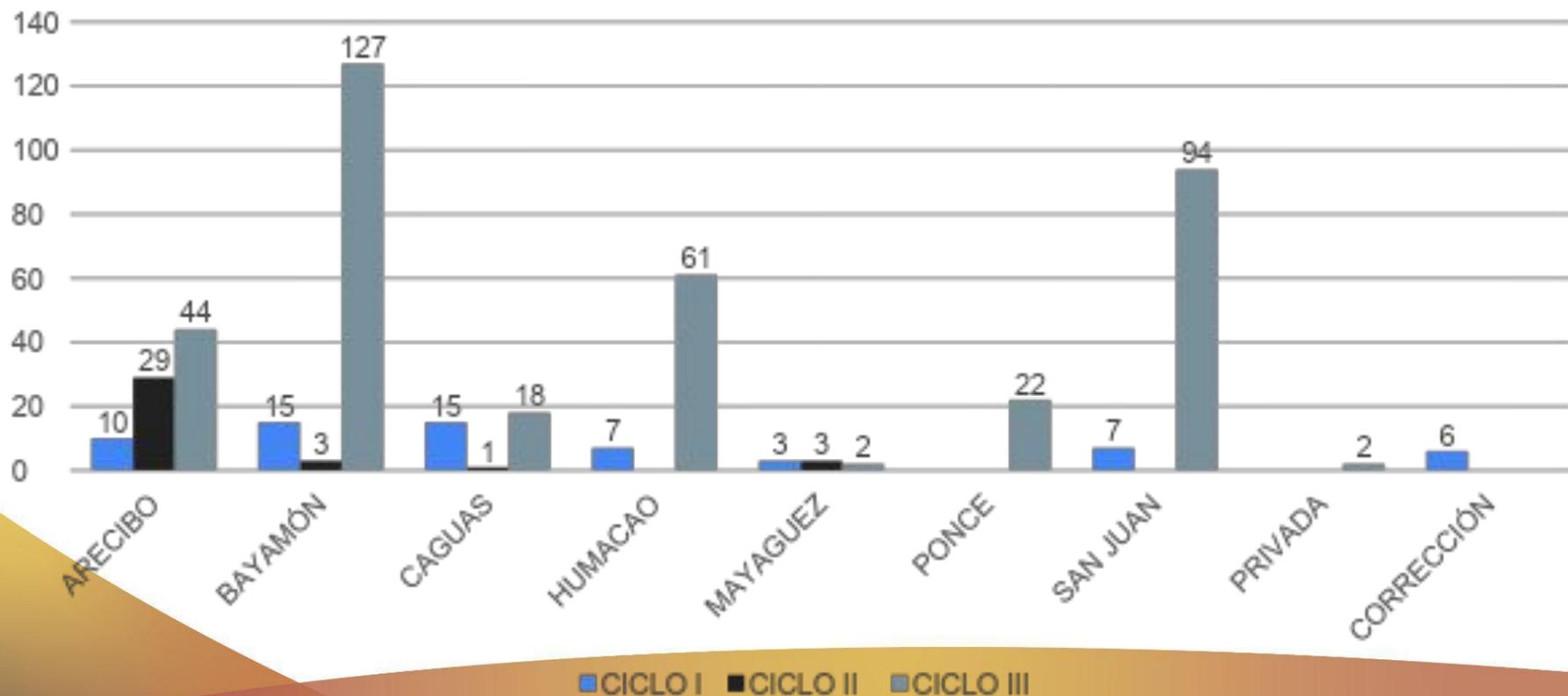
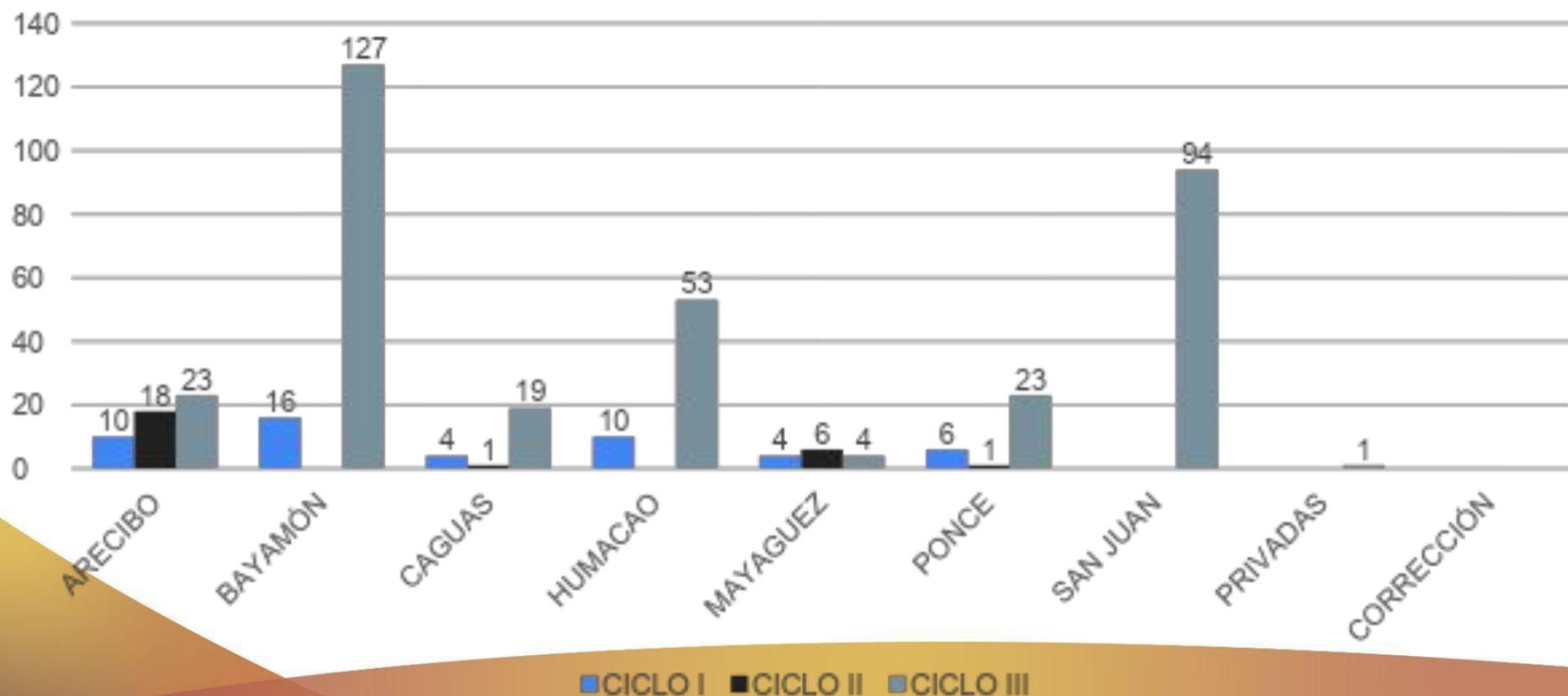


FOTO DEL PARTICIPANTE

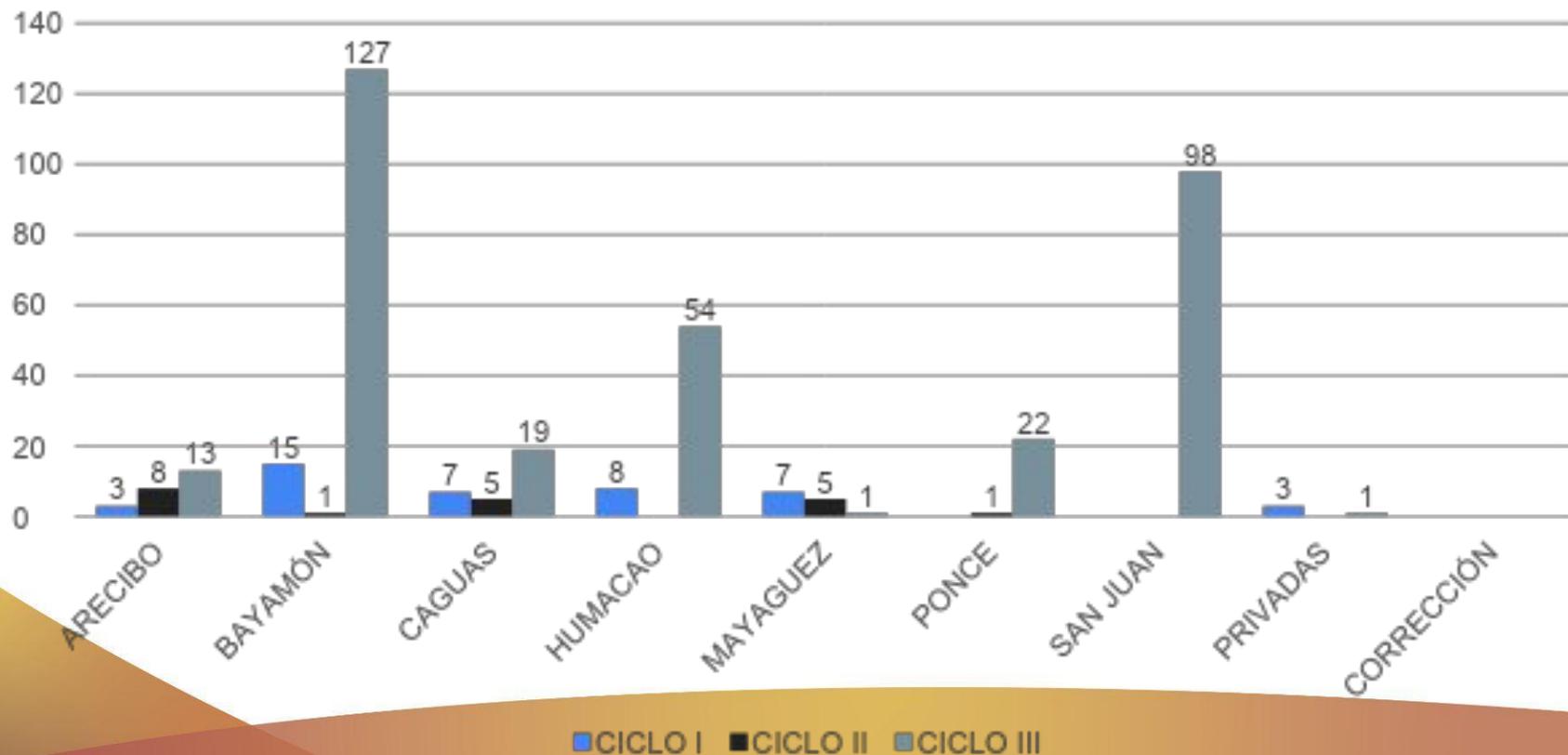


TRANSCRIPCIÓN



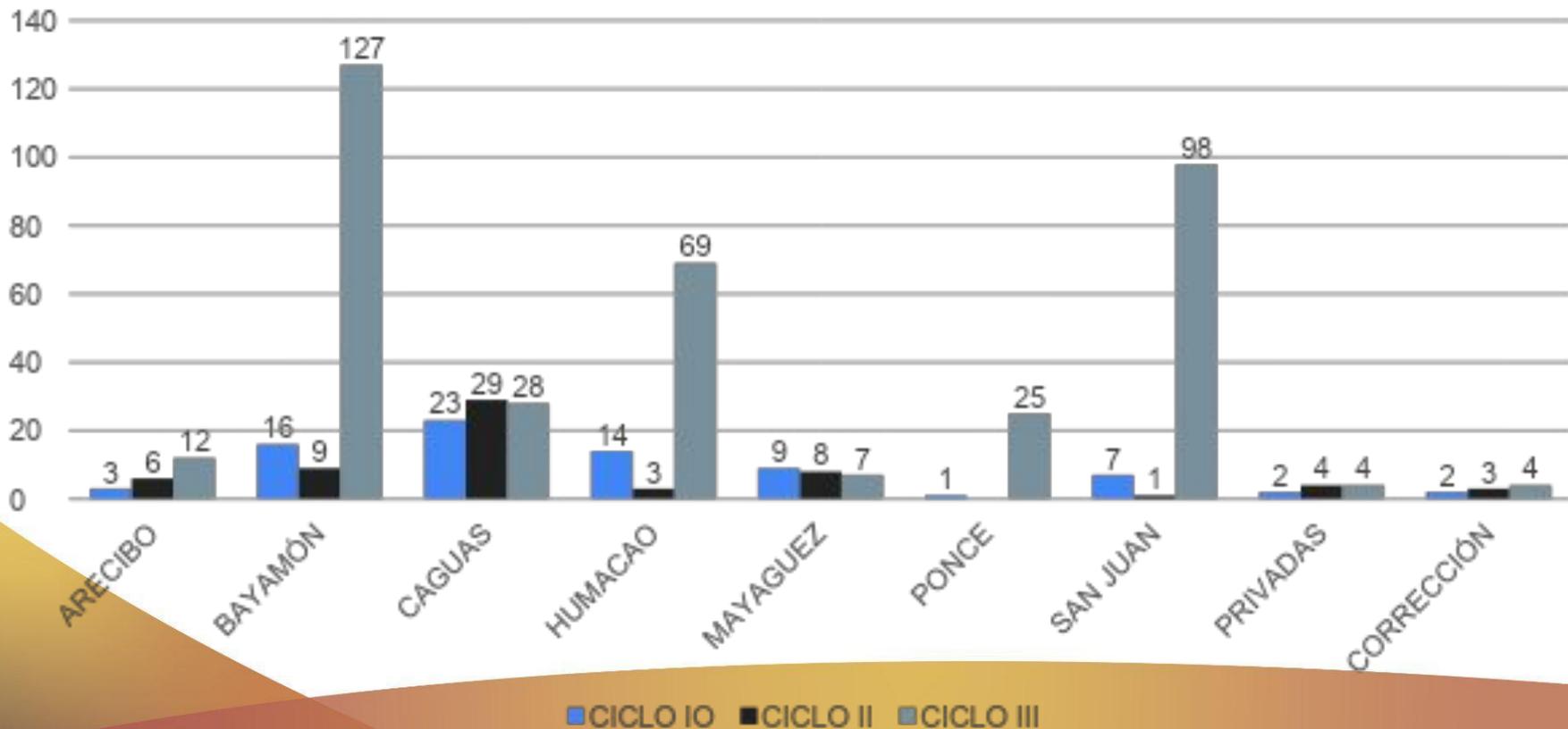


CARTA DE BAJA

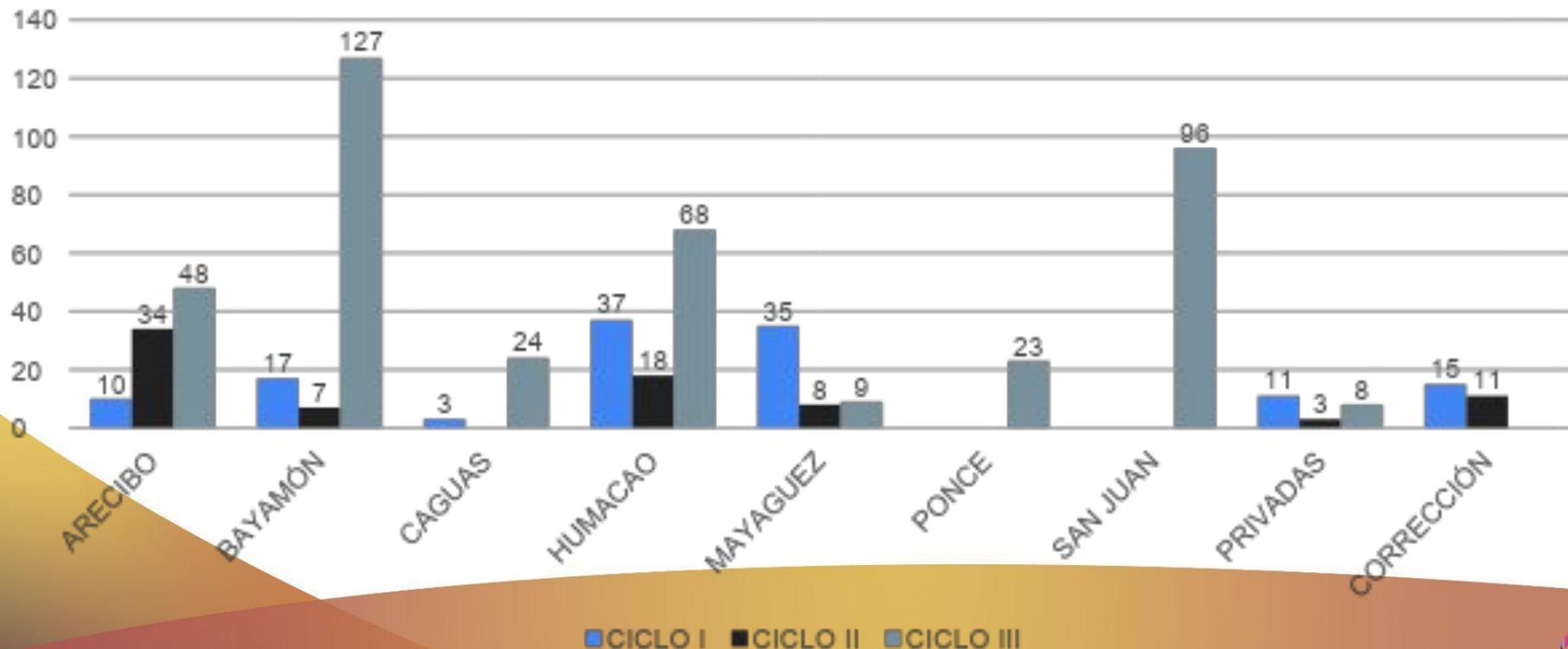




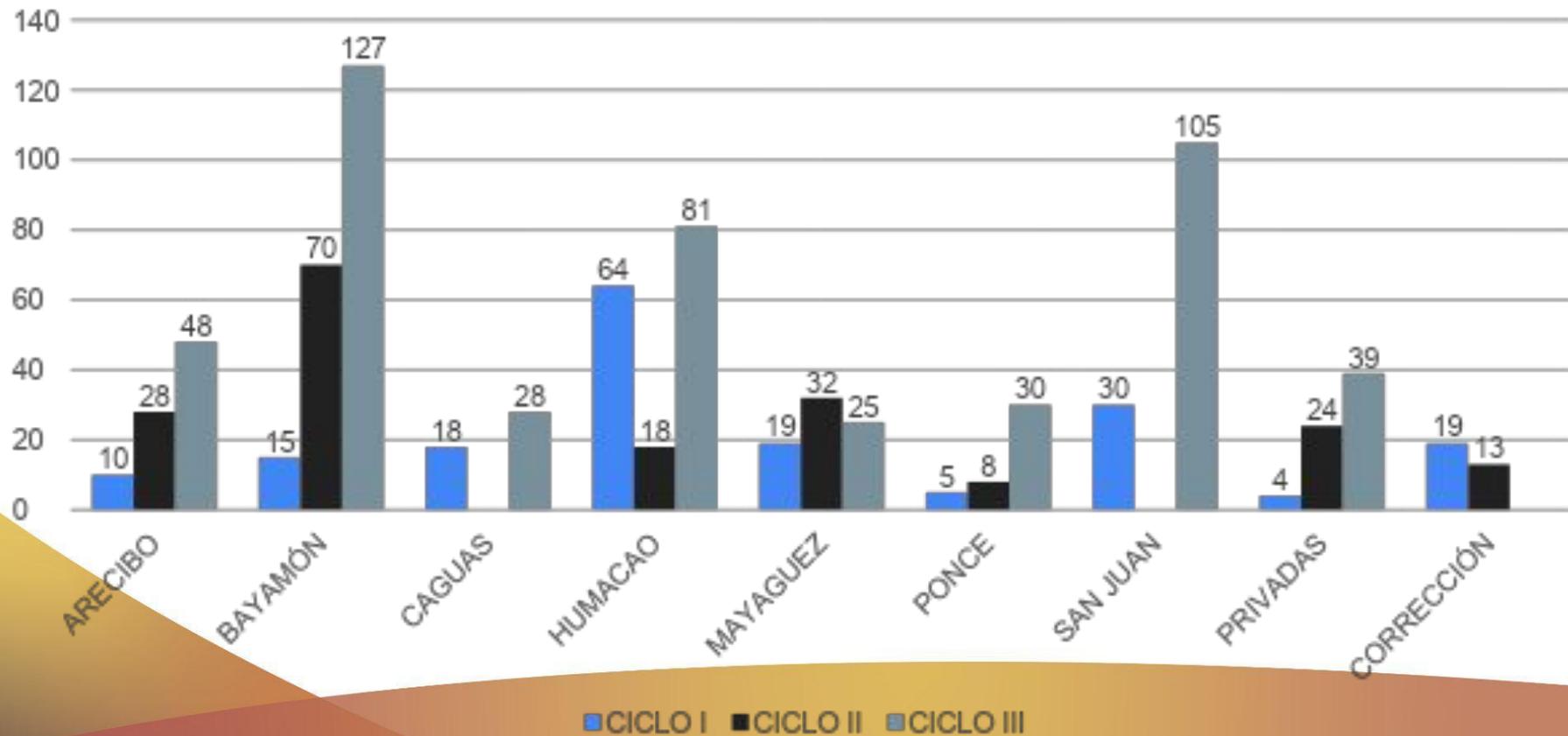
CERTIFICADO DE VACUNACIÓN



FORMULARIO DE RECOPIACIÓN DE DATOS DEL PARTICIPANTE (INTAKE)

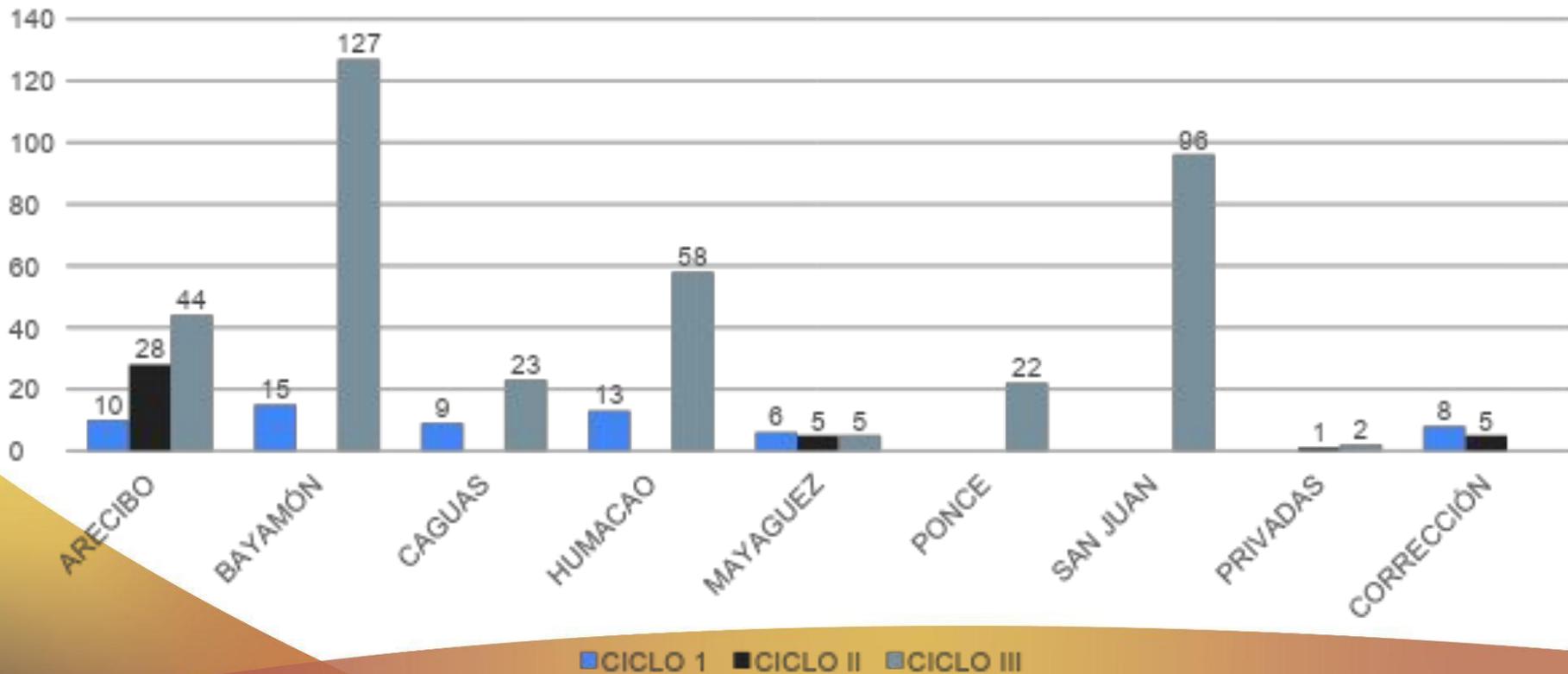


FORMULARIO DE MATRÍCULA

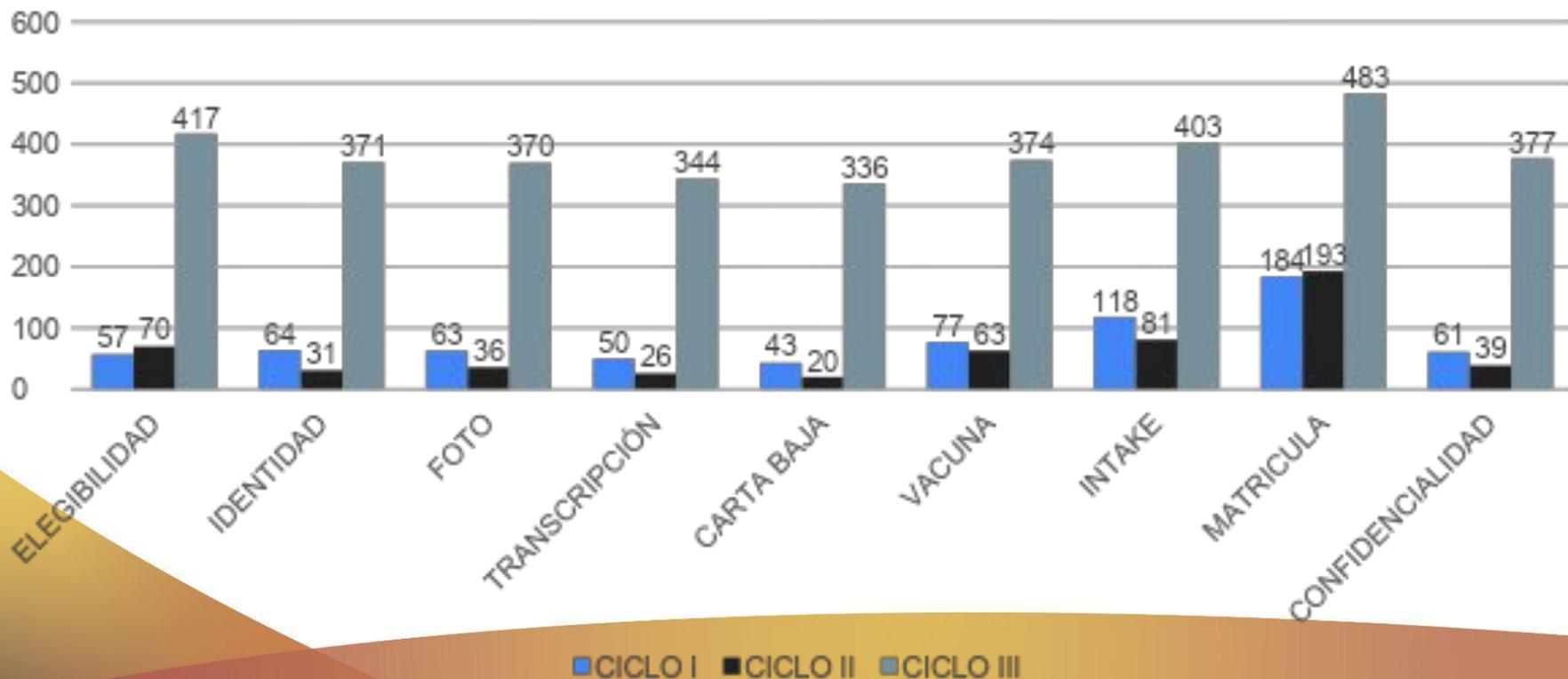




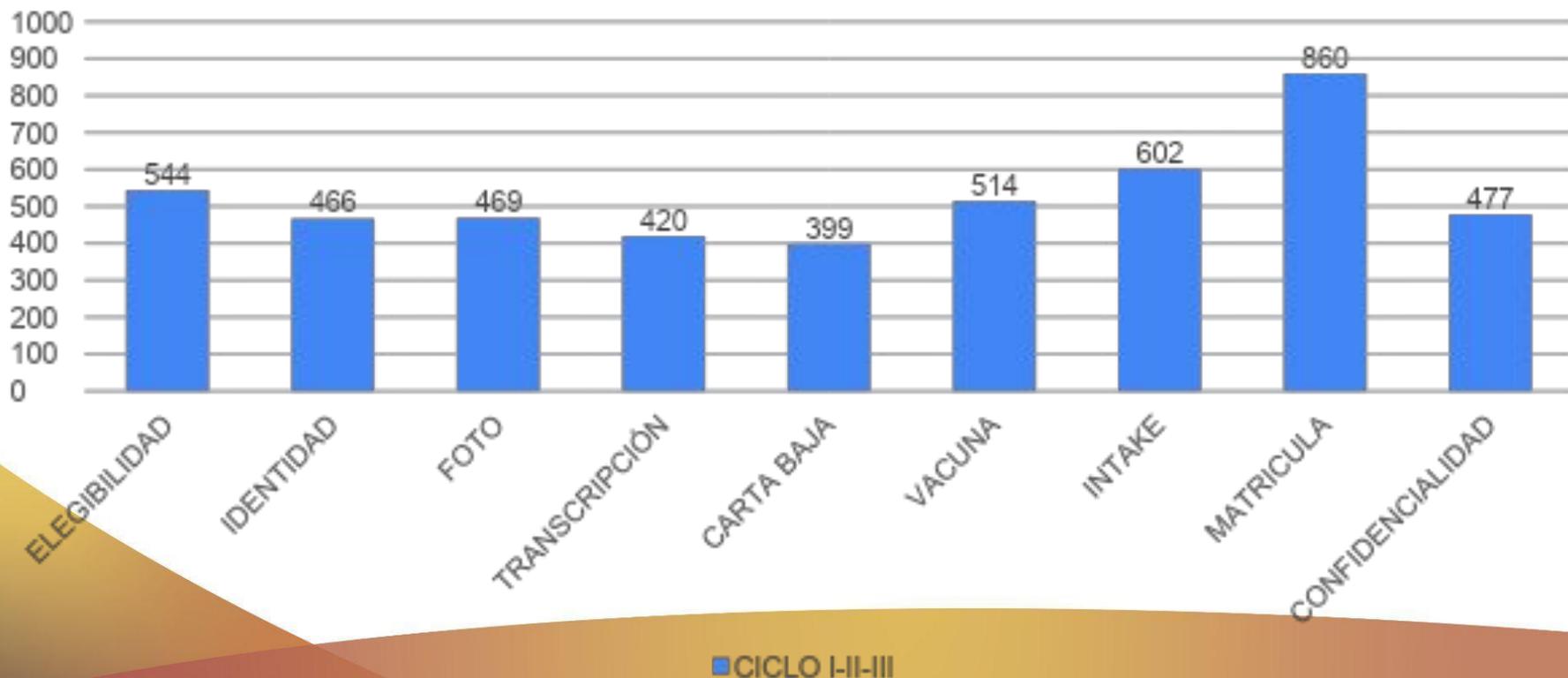
RELEVO DE CONFIDENCIALIDAD



TOTAL DE HALLAZGOS POR CICLOS DE TODOS LOS CENTROS



TOTAL DE HALLAZGOS DE TODOS LOS DOCUMENTOS EN LOS EXPEDIENTES DE LOS PARTICIPANTES



CONSECUENCIAS DE HALLAZGOS

- Esto afecta a los centros en la adjudicación de fondos para la propuestas del año 2025.



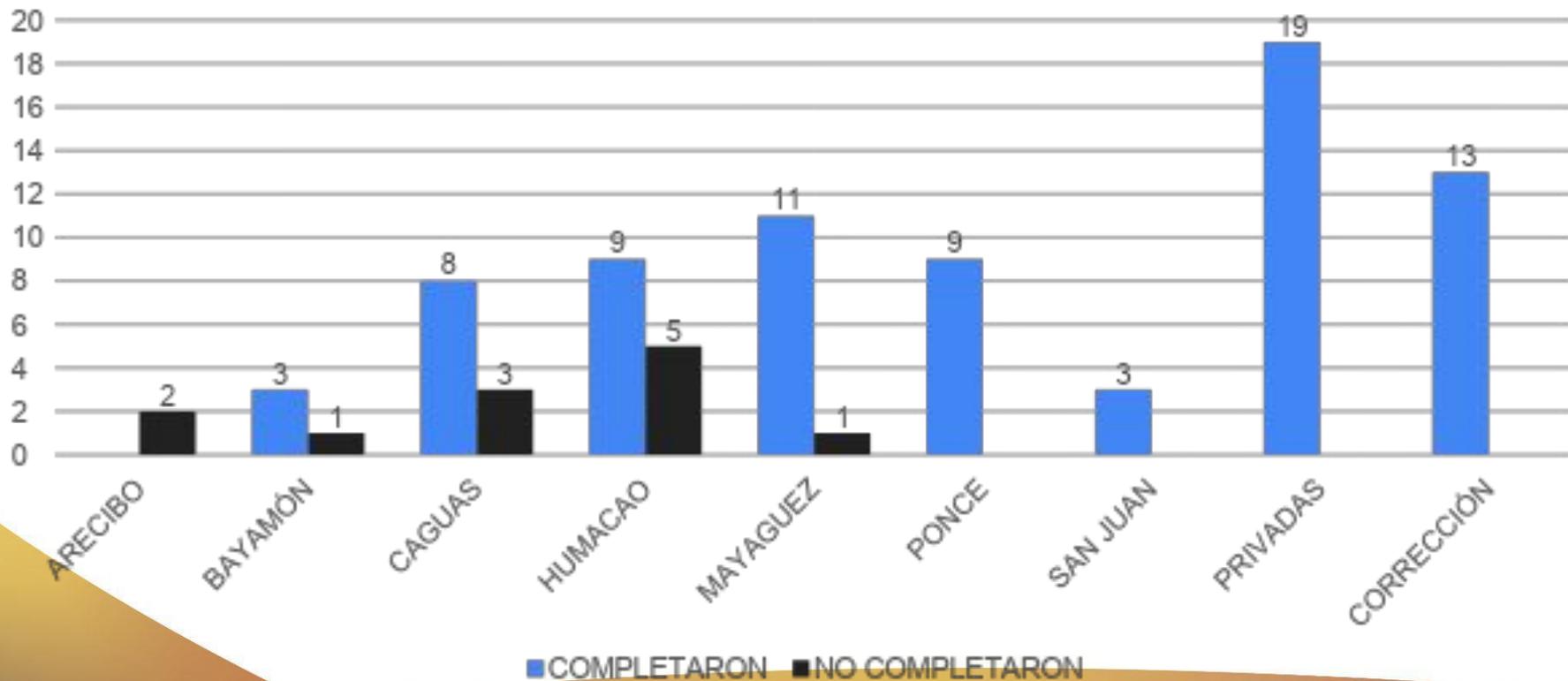
CONFERENCIA ANUAL
PROGRAMA
EDUCACIÓN PARA ADULTOS

CENTROS QUE CUMPLIERON CON LAS MONITORIAS DE EXPEDIENTES DE LOS PARTICIPANTES 2023-2024



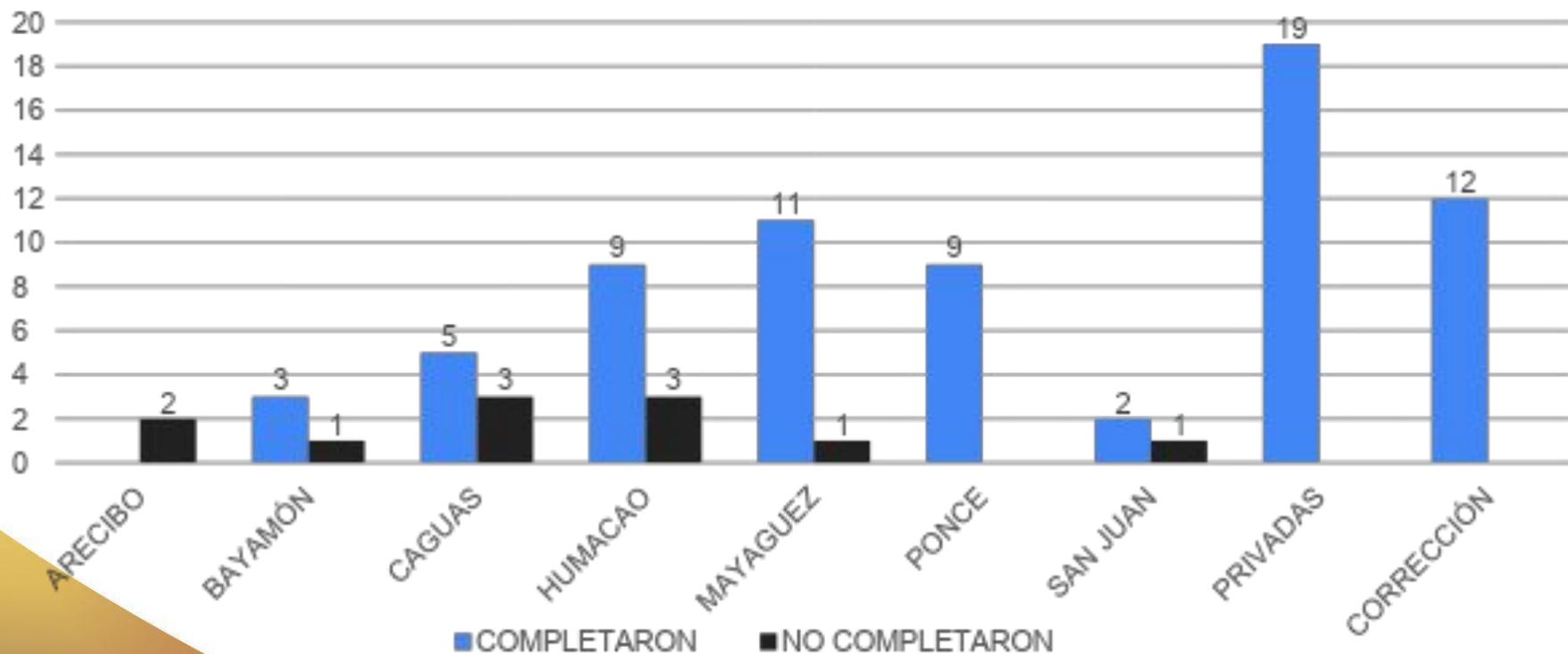


CICLO I

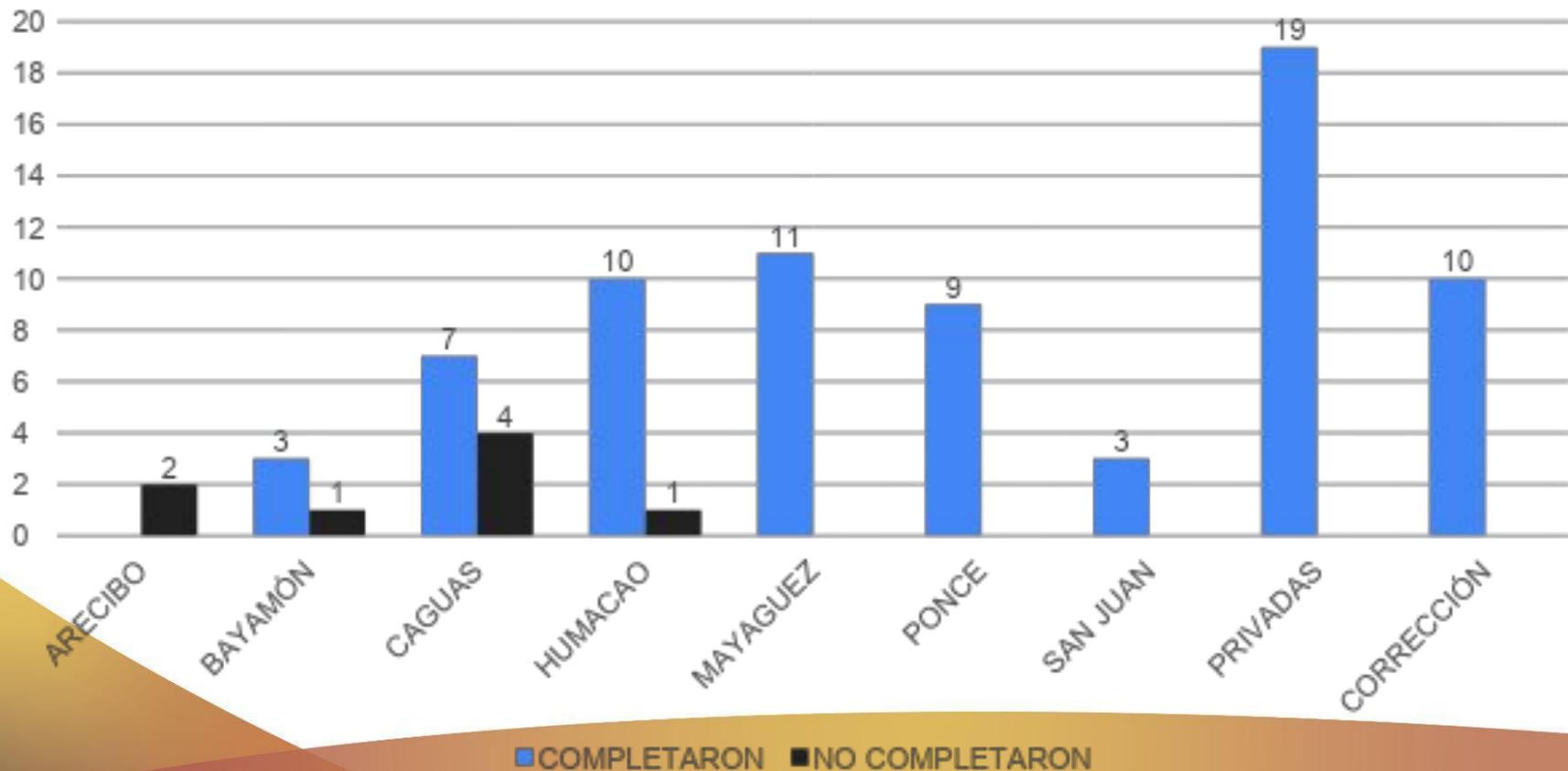




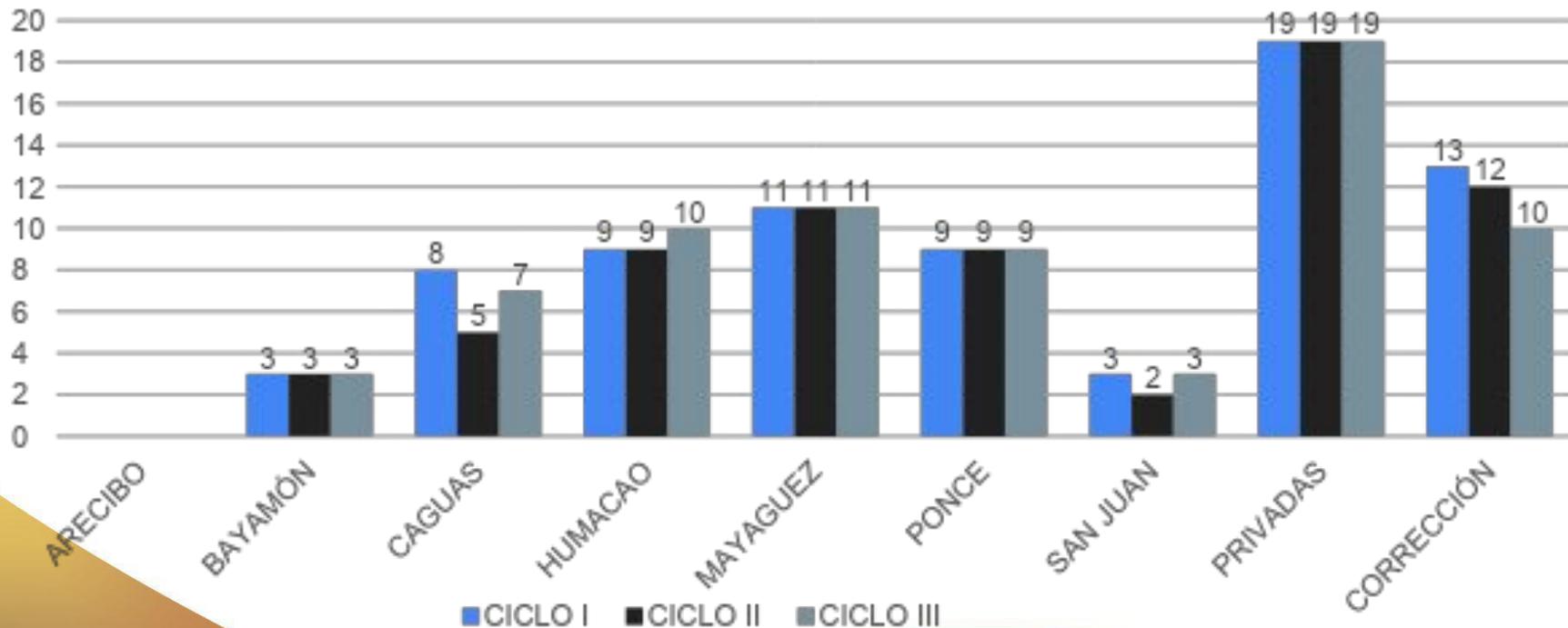
CICLO II



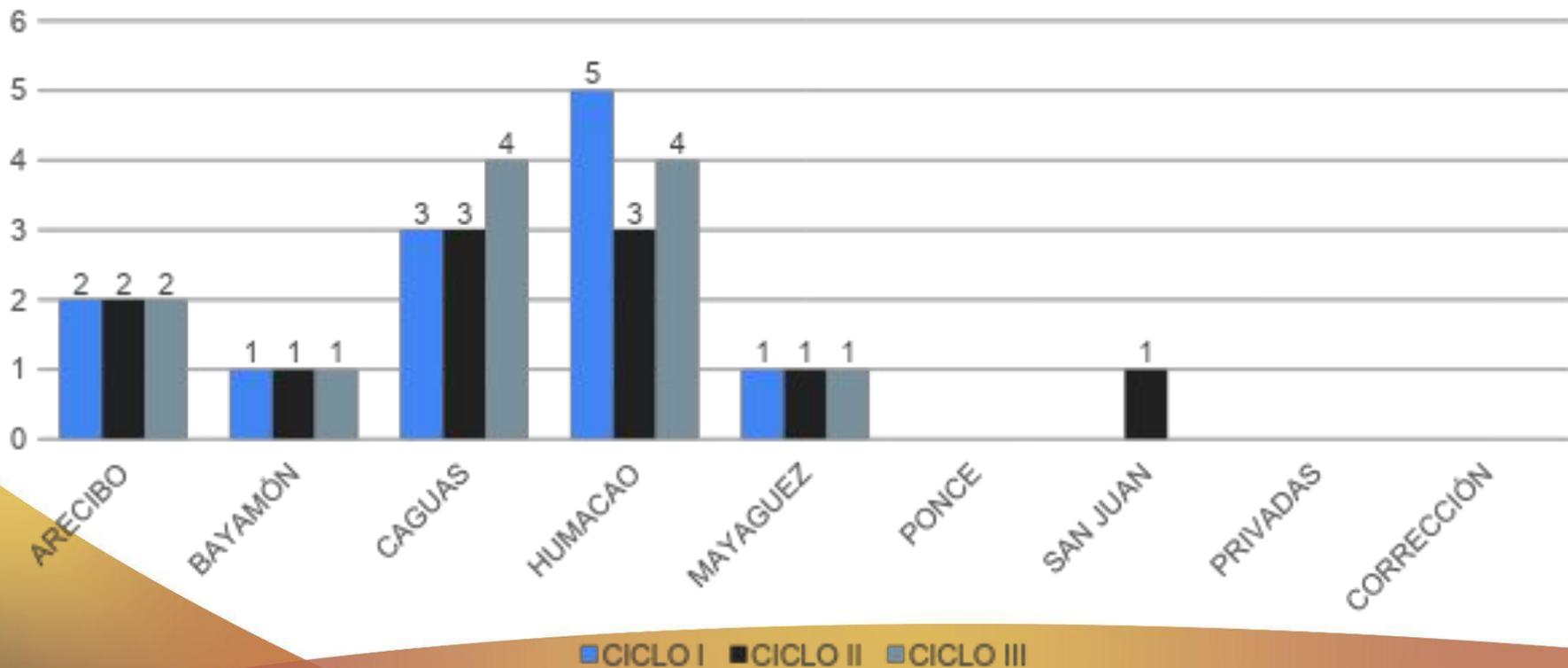
CICLO III



CENTROS QUE CUMPLIERON CON LAS MONITORIAS DE EXPEDIENTES POR CICLOS



CENTROS QUE NO CUMPLIERON CON LAS MONITORIAS DE EXPEDIENTES POR CICLOS





CONFERENCIA ANUAL
PROGRAMA
EDUCACIÓN PARA ADULTOS

GRACIAS

