



MENDOZA, 11 MAY 2023

VISTO:

El EXP-SUDOCU N° 10495/2023, en el que la Secretaría de Extensión solicita autorización para la convocatoria de una Beca de extensión para desarrollar actividades en los PROGRAMAS "SONRÍE COMUNIDAD", "SALUD BUCAL EN TU ESCUELA" y "VAMOS AL DENTISTA", esta Facultad, y;

CONSIDERANDO:

Que en NOTA: N°52106/2023, la Secretaría de Extensión informa la apertura de convocatoria a becas de extensión para desarrollar actividades en los PROGRAMAS "SONRÍE COMUNIDAD", "SALUD BUCAL EN TU ESCUELA" y "VAMOS AL DENTISTA" durante el ciclo lectivo 2023,

Que en NOTA: N°57180/2023, el Secretario de Asuntos Estudiantiles y Acción Social, da su aval para la realización de la convocatoria y la puesta en marcha del beneficio debido a que los fondos de financiación serán provistos por la Secretaría de Bienestar Universitario, a través de esta Secretaría Estudiantil.

Que la Convocatoria está dirigida a un total de DIEZ (10) estudiantes, quienes recibirán una suma única de PESOS VEINTE MIL CON 00/100 (\$20.000,00) cada uno de ellos, ascendiendo la suma a erogar a un monto total de PESOS DOSCIENTOS MIL CON 00/100 (\$ 200.000,00). La disponibilidad e imputación presupuestaria con la correspondiente red de clasificación programática será la siguiente:

- A.1100.033.006.000.11.04.01.00.01.00.5.1.0.0000.1.21.3.4\$ 200.000,00.

Que el periodo de prestación será de 05 (cinco) meses: junio, agosto, setiembre, octubre y noviembre. El importe estímulo a pagar será un único pago de \$ 20.000 (veinte mil) al concluir la prestación efectiva de servicios de 40hs. A cumplirse según la demanda de las actividades organizadas por la Secretaría de Extensión Universitaria,

Por ello, y en uso de sus atribuciones,

EL DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
AD-REFEREMDUM DEL CONDEJO DIRECTIVO  
RESUELVE:

ARTICULO 1º.- Autorizar la convocatoria para 10 (diez) becas de extensión para desarrollar actividades en los PROGRAMAS "SONRÍE COMUNIDAD", "SALUD BUCAL EN TU ESCUELA" y "VAMOS AL DENTISTA", cuyo objetivo y requisitos obran en Anexo I y II que forma parte de la presente resolución, destinada a estudiantes.

ARTICULO 2º.- Los estudiantes becarios tendrán como referente al Director/a, coordinador del proyecto de extensión, que es responsable de: a) cooperar, b) orientar y supervisar, c) informar y/o evaluar el desempeño de los estudiantes a la secretaria de Extensión.

Res. N° 063

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ  
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION

Od. Emiliano TORRES GALBUSERA  
SECRETARIOS de ASUNTOS  
ESTUDIANTILES y ACCION SOCIAL

Prof. Od. Carlos H. BOSSHARDT  
DECANO



ARTICULO 3°.- Los fondos utilizados para financiar estas becas, serán provistos por la Secretaria de Bienestar Universitario de la Universidad Nacional Cuyo; según Ord. N° 135/17-CS.Anexo 2 hoja 3;

ARTICULO 4°.- Afectar el presente gasto a la siguiente partida presupuestaria:

- A 1100.033.006.000.11.04.01.0001.005.1.0.0000.1.21- \$ 200.00,00

ARTICULO 5.- Comuníquese e insértese en el libro de Resoluciones de esta Facultad.-

### RESOLUCIÓN N° 063

Fem.

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ  
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION

Od. Emiliano TORRES GALBUSERA  
SECRETARIOS de ASUNTOS  
ESTUDIANTILES y ACCION SOCIAL

Prof. Od. Carlos H. BOSSHARDT  
DECANO

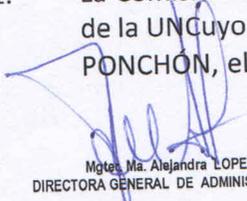
**ANEXO I-Res.063-DAR/2023.**

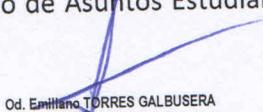
**Becas De Extensión Universitaria  
CONVOCATORIA PARA ESTUDIANTES  
Facultad De Odontología  
PROGRAMA SONRÍE COMUNIDAD  
SALUD BUCAL EN TU ESCUELA  
VAMOS AL DENTISTA**

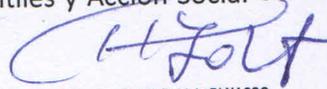
Denominación	Objetivos	Cupo (becarios)
<b>SONRÍE COMUNIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover la salud bucodental, motivando la participación y el empoderamiento de la población con el fin de generar un estado de conciencia sobre la necesidad de mantener la misma y articular la formación científica de todos los actores universitarios con las necesidades de la sociedad.</li> </ul>	Estudiantes 10 (DIEZ)
<b>SALUD BUCAL EN TU ESCUELA</b>	<p><b>General:</b> Promover educación para la salud bucal a grupos escolares</p> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosticar el estado de salud bucal, evaluar la necesidad de tratamiento.</li> <li>Instruir para el control de placa bacteriana, capacitar sobre hábitos de alimentación adecuada.</li> <li>Reforzar las condiciones del huésped, derivación de tratamientos de mayor complejidad al grado, posgrado y servicios de la Facultad de Odontología</li> </ul>	
<b>VAMOS AL DENTISTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover la educación para la salud bucal a grupos escolares en el ámbito de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo.</li> </ul>	

**Comisión de Becas de Extensión Universitaria de la FO-UNCuyo**

1. La Comisión de Becas de Extensión Universitaria de la Facultad de Odontología de la UNCuyo estará integrada por la Secretaria de Extensión Od. Esp. MARIANA PONCHÓN, el Secretario de Asuntos Estudiantiles y Acción Social Od. EMILIANO

  
Mgtes. Ma. Alejandra LOPEZ  
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION

  
Od. Emiliano TORRES GALBUSERA  
SECRETARIO de ASUNTOS  
ESTUDIANTILES y ACCION SOCIAL

  
Prof. Dra. Ma. Del C. Patricia DI NASSO  
DECANA

TORRES, y la Coordinadora de Secretaría de Extensión Od. Esp. LAURA L. MARTÍN..

2. Esta Comisión es la responsable de definir los alcances de la beca asignada, las características y condiciones generales de las actividades a implementar, como también asegurar el seguimiento del becario por parte de los responsables o tutores de cada proyecto. Asimismo le corresponde evaluar los antecedentes de los postulantes y seleccionar los becarios conforme a los criterios establecidos en esta convocatoria; y monitorear el cumplimiento de la convocatoria y su reglamentación.

### Selección de becarios

3. La Comisión evaluará las postulaciones, contemplando los siguientes criterios:
- Ser estudiante activo de grado de la Facultad de Odontología de 3°, 4° y 5° año.
  - Cumplir los requisitos básicos mínimos para postular para el proyecto seleccionado.
  - Reunir condiciones específicas requeridas para la tarea a desarrollar.
  - Cantidad de materias aprobadas y promedio obtenido.
  - Poseer antecedentes en tareas afines o cursos vinculados con la actividad a desarrollar, motivación, disposición a trabajar en equipo, pro actividad.
4. Las postulaciones serán evaluadas conforme a criterios objetivos, explicitados en la planilla de evaluación que se anexa a la presente (ANEXO I). Para esta convocatoria se seleccionarán diez estudiantes.
5. La Comisión elaborará un acta con los resultados de su evaluación y establecerá el orden de mérito correspondiente, y su dictamen será inapelable.
6. No podrán participar de la convocatoria los estudiantes que:
- Hayan perdido su condición de estudiante activo,
  - Se encuentren realizando una pasantía educativa o tengan asignada una beca de capacitación pre profesional.

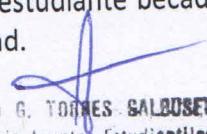
### Postulación a la beca

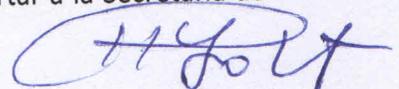
7. Las postulaciones se realizarán on line completando el siguiente formulario:  
[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdMXLozAug2\\_ZT\\_xs\\_sagrD7DlzWO1JT5w3zGg\\_LwbXfBH9Ug/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdMXLozAug2_ZT_xs_sagrD7DlzWO1JT5w3zGg_LwbXfBH9Ug/viewform?usp=sf_link)

### Obligaciones de los becarios

8. Los estudiantes becarios tendrán como referente al Director/a , coordinador del proyecto de extensión, que es responsable de: a) cooperar con la Comisión en caso que ésta lo solicite, b) orientar y supervisar la ejecución de las actividades planificadas, y c) informar y/o evaluar el desempeño del estudiante becado, reportar a la Secretaría de Extensión Universitaria cualquier novedad.

  
Mgter. Ana Alejandra LOPEZ  
Directora General de Administración

  
Od. Emiliano G. TORRES SALOBESA  
Secretaría de Asuntos Estudiantiles  
y Acción Social

  
Prof. Od. Carlos H. BOCCIA  
Decano

Casilla de Correo 378 - 5500 - MENDOZA (Rca. Argentina)  
Teléfono (0261) 413 5007 y Fax (0261) 449 4142

9. El período de duración de la misma será de 05 (cinco) meses: junio, agosto, septiembre, octubre y noviembre. El importe estímulo a pagar será un único pago de \$20.000 (veinte mil) al concluir la prestación efectiva de servicio de 40 hs. a cumplirse según la demanda de las actividades organizadas por esta secretaría.

10. Los estudiantes que reciban esta beca deberán firmar, al comienzo de la actividad, una carta de compromiso individual (acuerdo) en la cual se detallan los compromisos a asumir por ambas partes.

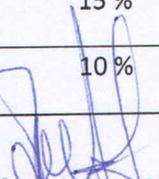
**POSTULANTES ESTUDIANTES**

**Planilla de evaluación**

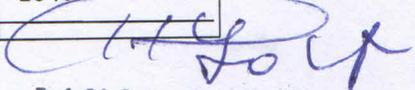
POSTULANTES								
<b>Situación académica (40%)</b>								
Porcentaje de materias aprobadas (20%)								
Promedio (20%)								
<b>Entrevista (60%)</b>								
Interés por la temática del proyecto (20%)								
Cursos y actividades realizadas, vinculados con las actividades a desempeñar según el perfil requerido por el proyecto (30%)								
Fluidez, organización y fundamentación del discurso; lenguaje oral y gestual (10%)								

**Ponderación rendimiento académico:**

Promedio	Puntaje otorgado	Porcentaje de materias aprobadas	Puntaje otorgado
9 - 8	20 %	+ del 50%	15 %
7,99 - 7	15 %		
6,99 - 6	10 %		10 %

  
Ing. Ma. Alejandra LOPEZ  
Directora Gral. de Administración

  
Dra. Emilianna TORRES SALBUSERA  
Secretaría de Asuntos Estudiantiles  
y Acción Social

  
Prof. Od. Carlos H. BOSCHMANN  
Decano

Casilla de Correo 378 - 5500 - MENDOZA (Rca. Argentina)  
Teléfono (0261) 413 5007 y Fax (0261) 449 4142



5,99- 5	5 %	50	5%
		- del 50%	

\*para valorar este punto se consultará a la Dirección Alumno de la UA

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ  
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION

Od. Emiliano TORRES GALBUSERA  
SECRETARIO de ASUNTOS  
ESTUDIANTILES y ACCION SOCIAL

Prof. Dra. Ma. Del C. Patricia DI NASSO  
DECANA

**ANEXO II-Res.063-DAR/2023**

**Ficha de Inscripción.**

**PROGRAMA DE BECAS DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA**

**FICHA DE INSCRIPCIÓN – POSTULANTES**

**2023**

<b>Nombre:</b>		
<b>DNI:</b>	<b>Registro Nº (estudiante):</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Tel:</b>
<b>Correo electrónico:</b>		
<b>Carrera:</b>	<b>Año que cursa:</b>	<b>Año de ingreso a la Carrera:</b>

Declaro conocer los términos de la convocatoria. En caso de ser seleccionado, me comprometo a suscribir el **Acuerdo de Beca** mencionado en el punto 10.

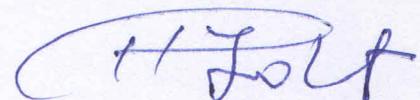
Firma:

Aclaración:

Fecha:

  
Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ  
Directora Gral. de Administració

  
Od. Emiliano TORRES GALBUSERA  
Secretaría de Asuntos Estudiantiles

  
Prof. Od. Carlos H. BOSSCHER  
Decano