

CERTIFICACIÓN NÚMERO 2015-2016-25

Yo, Jhoane Rivera Rivera, Secretaria de la Junta Administrativa de la Universidad de Puerto Rico en Arecibo, **CERTIFICO QUE:**-----

La Junta Administrativa, en reunión ordinaria celebrada el 18 de agosto de 2015, **aprobó el documento Solicitud de Reintegro de Empleados en uso de Licencia de la Universidad de Puerto Rico en Arecibo.**

Esta solicitud se incluye como parte de esta Certificación. La vigencia será inmediata.



Y PARA QUE ASÍ CONSTE, expido la presente Certificación en Arecibo, Puerto Rico, hoy cuatro de septiembre de dos mil quince.

Oficina de
Junta Administrativa

Jhoane Rivera Rivera
Secretaria Administrativa V

jrr

Anejo

Certifico correcto: Dr. Otilio González Cortés
Rector y Presidente de la Junta Administrativa



PO Box 4010
Arecibo, P.R.
00614-4010

(787) 815-0000
Ext. 1016
(787) 880-2245

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN ARECIBO
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

**SOLICITUD DE REINTEGRO DE EMPLEADOS
EN USO DE LICENCIA**

Nombre: _____ Fecha: _____

Seguro Social (últimos cuatro números): _____ Rango o Título: _____

Departamento u Oficina: _____

*Si el empleado interesa reintegrarse antes de cumplido el período de licencia aprobado, deberá solicitar autorización previa a la Junta Administrativa. En los casos de reintegro adelantado de una licencia sin Sueldo con Ayuda Económica, se ajustará la cantidad de Ayuda Económica asignada y/o recibida.

**El reintegro de Licencia Sin Sueldo Por Enfermedad requerirá se presente certificación médica.

TIPO DE LICENCIA QUE DISFRUTÓ:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ayuda Económica | <input type="checkbox"/> Extraordinaria sin Sueldo con Ayuda Económica o Ayuda Económica Parcial |
| <input type="checkbox"/> Ayuda Económica-Especial | <input type="checkbox"/> Maternidad |
| <input type="checkbox"/> Ayuda Económica-Verano | <input type="checkbox"/> Militar sin Sueldo |
| <input type="checkbox"/> Sin Sueldo por Enfermedad | <input type="checkbox"/> Participar en proceso político con sueldo |
| <input type="checkbox"/> En Servicio | <input type="checkbox"/> Participar en proceso político sin sueldo |
| <input type="checkbox"/> Extraordinaria con Sueldo | <input type="checkbox"/> Sabática |
| _____. | |
| <input type="checkbox"/> Extraordinaria sin Sueldo | |
| _____. | |

DURACIÓN DE LA LICENCIA:

Desde: ____/____/____ (Año/Mes/Día) Hasta: ____/____/____ (Año/Mes/Día)

Fecha de Reintegro: ____/____/____ (Año/Mes/Día).

Observaciones: _____

Firma del Empleado

Fecha:

Certifico: Que esta información es correcta y que el empleado ha informado que se reintegrará físicamente a su trabajo en la fecha indicada.

Firma Director/Supervisor Inmediato

Fecha

Certifico: Que este reintegro cumple con las normas reglamentarias establecidas.

Firma Director de Recursos Humanos

Fecha