

## 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.

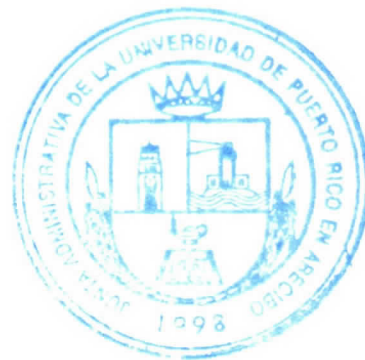
Oficina de  
Junta Administrativa

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