



SECRETARÍA JUNTA ADMINISTRATIVA

2016-17
Certificación Número 32

YO, **NYDIA BONET JORDÁN**, Secretaria Ejecutiva de la Junta Administrativa del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, **CERTIFICO**:

Que la Junta Administrativa en reunión ordinaria celebrada el **martes, 23 de agosto 2016**, tuvo ante su consideración el **formulario "Solicitud de Licencia Extraordinaria"**, preparado y revisado por la Oficina de Gerencia de Capital Humano. Luego de amplia discusión de rigor, la Junta Administrativa, **ACORDÓ**:

APROBAR el formulario "Solicitud de Licencia Extraordinaria" de la Oficina de Gerencia de Capital Humano del Recinto de Ciencias Médicas.

Copia de dicho formulario aprobado se hace formar parte de esta certificación.

Y para que así conste, para conocimiento del personal y de las autoridades universitarias que corresponde, expido esta Certificación bajo el sello del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, hoy veinticinco de agosto del año dos mil dieciséis.

Nydia Bonet Jordán, MD
Secretaria Ejecutiva

Vo. Bo.:

Noel J. Aymat Santana, DMD, FAAPD, JD
Rector

NBJ:NJAS:ynr





SOLICITUD DE LICENCIA EXTRAORDINARIA

1. Tipo de licencia solicitada:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Licencia por enfermedad extendida | <input type="checkbox"/> Licencia para ocupar puestos de interés público |
| <input type="checkbox"/> Licencia extraordinaria por asuntos personales | <input type="checkbox"/> Licencia en servicio |
| <input type="checkbox"/> Licencia militar | <input type="checkbox"/> Destaques |
| <input type="checkbox"/> Licencia para participar en procesos políticos | |

2. Duración:

De: _____ de _____ de _____ A: _____ de _____ de _____

3. Nombre _____ 4. Facultad o Depto: _____

5. Título o Rango _____ 6. Teléfono _____

7. Dirección Permanente _____

8. Veterano: Sí No

9. Estado Civil: _____ Número de Dependientes _____

10. Es su cónyuge miembro del claustro: Si No 11. Nombre del Cónyuge _____

12. Depto. al que pertenece el cónyuge: _____

13. Si su cónyuge solicitó licencia extraordinaria indique el periodo: _____

14. Tipo de Licencia que solicita: _____

15. Propósito de la Licencia que usted solicita: _____

Firma del solicitante

Fecha

PARA SER COMPLETADO POR EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO

16. ¿Conlleva esta licencia el Nombramiento Sustituto? SI NO

17. Indique el sueldo que recibirá a sustitución \$ _____

18. Distribución de tareas del solicitante en caso de que no haya necesitado del sustituto

<u>CURSO</u>	<u>SECCIÓN</u>	<u>NOMBRE DEL PROFESOR A CARGO</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

19. RECOMENDADO POR:

_____ Firma Director o Supervisor	_____ Fecha	_____ Firma del Decano	_____ Fecha
--------------------------------------	----------------	---------------------------	----------------

PARA SER COMPLETADO POR EL DEPARTAMENTO DE GERENCIA CAPITAL HUMANO

20. Años servicio activo en el Recinto de Ciencias Médicas _____

21. Años con Rango Actual: _____

22. Licencias Concedidas Anteriormente Fechas:
_____ a _____
_____ a _____

Firma Director de Gerencia de Capital Humano

Fecha