

**REGISTRO DE ASISTENCIA PROGRAMA TELETRABAJO/  
INFORME DE LABOR REALIZADA DE MANERA REMOTA**

Periodo de Asistencia: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado	Número de Empleado	Oficina/División

FECHA (DD/MM/AÑO)	HORAS	DESCRIPCIÓN (Incluir Anejo)

CERTIFICO: Que he sido orientado(a) y entiendo que completar el presente Informe aquí descrito es un requisito esencial para continuar en el Programa de Teletrabajo.

Bajo afirmación certifico, además, que lo antes descrito refleja la labor que realicé y que son consonas con mi nombramiento y puesto en la Universidad de Puerto Rico. Que he cumplido con mis obligaciones e instrucciones. Que, de ser requerido por mi supervisor inmediato o por personal de la Oficina de Recursos Humanos, presentaré cualquier otra información que evidencie lo descrito en el encasillado de DESCRIPCIÓN.

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Fecha de entrega del Informe: \_\_\_\_\_

**Certifico bajo afirmación que recibí este Informe en o antes de los cuatro (4) días próximos a la semana correspondiente y que lo aquí expresado por el empleado es correcto.**

Nombre del Supervisor Inmediato: \_\_\_\_\_ Fecha de Recibido: \_\_\_\_\_

Firma del Supervisor Inmediato: \_\_\_\_\_