

CERTIFICACIÓN DE RELEVO DE RESPONSABILIDAD PARA RETIRADOS, CESANTEADOS, RENUNCIAS, TRASLADOS Y LICENCIAS SIN SUELDO

| INFORMACIÓN SOBRE EL FUNCIONARIO O EMPLEADO | | | |
|---------------------------------------------|-------------------|--------------|------------------------------|
| NOMBRE | | NOMBRAMIENTO | |
| PUESTO QUE OCUPA | OFICINA O DIVISÓN | FECHA | NATURALEZA DEL CESE O CAMBIO |

INSTRUCCIONES: Los funcionarios abajo indicados o sus representantes autorizados deberán certificar si este empleado o funionario tiene asuntos o deudas pendientes con su unidad y harán las observaciones que estimen pertinentes. CADA FUNCIONARIO TIENE 2 DÍAS LABORABLES PARA DEVOLVER ESTE FORMULARIO A LA OFICINA DE ORIGEN.

| | |
|------------------------------------------------------|--------|
| SUPERVISOR INMEDIATO | Nombre |
| Está al día en su labor () Sí () No Explicación | Firma |
| Es responsable de cuentas | Fecha |
| fiscales UPR () Sí () No Explicación | |
| Es custodio y entregó o entregará | |
| llaves y equipos asignados () Sí () No Explicación | |

SISTEMAS DE INFORMACIÓN:

| Sistema | Acceso a cuenta eliminado: | Nombre | Fecha | Firma |
|--------------------|----------------------------|--------|-------|-------|
| Correo Electrónico | () Sí () No () N/A | | | |
| PATSI | () Sí () No () N/A | | | |
| UPR AC I | () Sí () No () N/A | | | |
| Servidores Windows | () Sí () No () N/A | | | |
| Biblioteca | () Sí () No () N/A | | | |
| Acceso Remoto ITS | () Sí () No () N/A | | | |
| AXS Point (COOL) | () Sí () No () N/A | | | |
| Otros: | () Sí () No () N/A | | | |

| | |
|-----------------------------------------------|--------|
| PROPIEDAD | Nombre |
| Entregó la propiedad a su cargo () Sí () No | Firma |
| Explicación | Fecha |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| FINANZAS: | Nombre |
| Se releva o se relevará de responsabilidad de cuentas fiscales UPR () Sí () No | Firma |
| Se eliminaron las cuentas de acceso al Sistema de Información Financiera () Sí () No | Fecha |
| Explicación | |

| | |
|----------------------------|--------|
| NÓMINAS | Nombre |
| Tiene deudas () Sí () No | Firma |
| Explicación | Fecha |

| | |
|-------------------------------------|--------|
| CONTABILIDAD | Nombre |
| Tiene deudas (VIAJES) () Sí () No | Firma |
| Explicación | Fecha |

| | |
|-----------------------------------|--------|
| SEGURO | Nombre |
| Canceló Plan Médico () Sí () No | Firma |
| Explicación | Fecha |

| | |
|-----------------------------------|--------|
| ASUNTOS LEGALES : | Nombre |
| Litigios pendientes () Sí () No | Firma |
| Explicación | Fecha |

| | |
|----------------------------------------------------------------------|--------|
| SEGURIDAD Y VIGILANCIA: | Nombre |
| Inactivación de permisos de estacionamiento concedidos () Sí () No | Firma |
| Explicación | Fecha |

| | |
|----------------------------------------------------------|--------|
| REGISTRO DE ASISTENCIA: Entregó su tarjeta () Sí () No | Nombre |
| Está al día en el registro de asistencia () Sí () No | Firma |
| Explicación | Fecha |

ESTE FUNCIONARIO O EMPLEADO () ESTÁ () NO ESTÁ AL DÍA EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS RESPONSABILIDADES Y/U OBLIGACIONES OFICIALES POR LO QUE RECOMIENDO: