



**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 DIVISIÓN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ NATURALEZA DEL CESE O CAMBIO \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Los funcionarios abajo indicados o sus representantes autorizados deberán certificar si este empleado o funcionario 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:** Nombre \_\_\_\_\_  
 Está al día en la documentación correspondiente a licencias ( ) 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:

Fecha \_\_\_\_\_

Director Oficina de Recursos Humanos \_\_\_\_\_