



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 _____