



[Handwritten Signature]
Nombre del Empleado

[Redacted]
Núm. de Seg. Social

Fecha de renuncia, jubilación o terminación de contrato

[Handwritten Signature]
Número de Teléfono y/o Celular
[Redacted]

**Documentos necesarios para el pago de Licencias Acumuladas a la separación de servicios
PARA uso de la SECCION DE NOMINAS**

- Copia de la carta de renuncia que indique la fecha y hora de cese.
- Copia de la carta de aceptación del Rector.
- Certificación de No Deuda de la Sección de Cobros y Reclamaciones.
- Certificación de No Deuda de ASUME. (No es necesario si es jubilación) NO
- Certificación de No Deuda Asociación de Empleados del Gobierno. (No es necesaria en caso de Pago Global por muerte del empleado)
- Certificación de Radicación de Planillas (Modelo SC6088) del Departamento de Hacienda.
- Certificación de Na Deuda (Modelo SC6096) del Departamento de Hacienda. Si el contribuyente es casado, deberá presentar Certificación de No Deuda del cónyuge.
- Certificación de Na Deuda del CRIM (propiedad inmueble y mueble).
- Relevó de responsabilidad. Debe ser entregado con todas las firmas a la Sección de Nambamientos y Cambios.
- Notificación y Autorización para pago global. (Este documento la audito la Oficina de Licencias y lo entrega a la Oficina de Nóminas).
- Pago Global: Depósito Directo Cheque

- Notas:**
- Todo balance de préstamo con cualquier Sindicato y/o Unión de la UPR, se le descontará del pago global.
 - Estos documentos pueden entregarse a la Sección de Nóminas, un máximo de 30 días antes de la fecha de jubilación.

Orientado por:

Fecha

Nombre de quien recibe los documentos:

Fecha

REV: 04/2010
Según carta circular #1300-10-8 Depto. Hacienda

Antes, Ahora y Siempre... ¡COLEGIO!
CALL BOX 9000 Mayaguez, Puerto Rico 00681-9000
(787) 972-4040 exts. 3580 3519 o (787) 265 3883 Fax (787) 831-1729
Perteneciendo con Igualdad al de Oportunitades de Empleo - MIT/VA



Universidad de Puerto Rico
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGUEZ
DECANATO DE ADMINISTRACION
DEPARTAMENTO DE PERSONAL
OFICINA DE PROPIEDAD

CERTIFICACION DE RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Nombre del Empleado (a)	Núm. Seguro Social	Nombre del Empleado (a) <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> No Docente
Puesto que Ocupa	Departamento u Oficina	

Certifico que la persona antes mencionada entregó toda la propiedad bajo su custodia.

CUSTODIO PROPIEDAD

Universidad de Puerto Rico
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGUEZ

Decanato de Administración
Departamento de Recursos Humanos

ORIGINAL Y
DOS COPIAS

CERTIFICACION DE RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Nombre del Empleado(a)	Núm. Seguro Social	CLASIFICACION <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> No Docente
Puesto que ocupa	Departamento u Oficina	

INSTRUCCIONES Los funcionarios abajo indicados o sus representantes autorizados, deberán verificar que este empleado no tenga deudas pendientes con su unidad, antes de firmar su respectivo encasillado.

DIRECTOR UNIDAD O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DEPARTAMENTO DE FINANZAS <input type="checkbox"/> Saldo Cuentas Pendientes <input type="checkbox"/> Otro _____ Firma _____ Fecha _____	CENTRO DE COMPUTOS <input type="checkbox"/> Cancelación Cuentas de Usuario <input type="checkbox"/> Otro _____ Firma _____ Fecha _____
OFICINA DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/> Entrega de Llaves Oficiales <input type="checkbox"/> Otro _____ Firma _____ Fecha _____	BIBLIOTECA <input type="checkbox"/> Entrega de Libros <input type="checkbox"/> Otro _____ Firma _____ Fecha _____
OFICINA DE PROPIEDAD <input type="checkbox"/> Entrega Propiedad del R.U.M. <input type="checkbox"/> Otro _____ Firma _____ Fecha _____	DEPARTAMENTO TRANSITO Y VIGILANCIA <input type="checkbox"/> Entrega Permiso de Estacionamiento <input type="checkbox"/> Otro _____ Firma _____ Fecha _____
REGISTRADOR (Aplica al Personal Docente exclusivamente) <input type="checkbox"/> Entrega de Notas Finales <input type="checkbox"/> Otro _____ Firma _____ Fecha _____	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS <input type="checkbox"/> Entrega Tarjeta de Identificación <input type="checkbox"/> Verificación de Licencias <input type="checkbox"/> Verificación de Nóminas <input type="checkbox"/> Verificación de Seguro Médico <input type="checkbox"/> Otro _____ Firma _____ Fecha _____
CENTRAL TELEFONICA <input type="checkbox"/> Entrega Código Telefónico <input type="checkbox"/> Otro _____ Firma _____ Fecha _____	

DISTRIBUCION: Original - Recursos Humanos, Copia - Empleado, Copia - Supervisor Inmediato