

27 de enero de 2004

**CARTA CIRCULAR NÚM. 15, AÑO 2003-2004**

**DECANOS, DECANOS ASOCIADOS, DECANOS AUXILIARES, Y  
DIRECTORES DE DEPARTAMENTOS ACADÉMICOS DEL RECINTO DE  
RÍO PIEDRAS**



Oficina del Decano  
de Administración

Enrique Alvarado Hernández  
Decano

**CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DEL PERSONAL DOCENTE DE  
ENSEÑANZA**

En el mes de marzo se emitirá, al personal docente de enseñanza, el pago anual del exceso de 90 días de licencia por enfermedad acumulada y no disfrutada

Segun Circular del 31 de julio de 2000 emitida por el entonces Presidente Dr. Norman I. Maldonado, todas las unidades deberán utilizar el formulario *Registro Semestral de Licencia por Enfermedad Personal Docente de Enseñanza* para registrar su asistencia

Le incluimos copia del formulario que debe ser utilizado por el personal docente de enseñanza para **cada uno** de los semestres académicos del año natural 2003. El profesor certificará con su firma la información correspondiente y la entregará al director departamental para su firma y envío a la Oficina de Recursos Humanos. El formulario debe recibirse en dicha oficina no más tarde del **13 de febrero de 2004** para procesar los pagos de exceso de licencia por enfermedad, de conformidad con las disposiciones de la Ley Núm. 156 del 20 de agosto de 1996.

Reciban nuestros saludos cordiales

nmp

Anejo

PO Box 23301  
San Juan PR  
00931-3301

787-764-0000  
Exts. 3030/3034

Fax 787-764-2880  
Ext. 1357



Universidad de  
Puerto Rico

Recinto de Río Piedras  
Unidad Institucional



**Registro Semestral de Licencia por Enfermedad  
Personal Docente de Enseñanza**

Nombre del Profesor:

Seguro Social:

Facultad:

Departamento:

Año Académico:

Semestre:

Rango:

Tarea Docente:

**Haga una marca de cotejo y llene el blanco de horas, sí aplica.**

\_\_\_\_\_ Certifico que cumplí con las disposiciones en el Artículo 55, y el Artículo 65, Secciones 65.1 a la 65.4 del Reglamento General de la Universidad de Puerto Rico.

\_\_\_\_\_ Certifico que no utilicé licencia por enfermedad durante este período.

\_\_\_\_\_ Certifico que utilicé \_\_\_\_\_ días, \_\_\_\_\_ horas en el período de licencia por enfermedad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Profesor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Certifico correcto:

\_\_\_\_\_  
Firma del Director o Decano

\_\_\_\_\_  
Fecha

Patrono con Igualdad de Oportunidades en el Empleo M/M/V/I

Véase Normas Aplicables