



30 de enero de 2019

CARTA CIRCULAR

A TODO EL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO


Dr. Luis A. Ferrao
Rector Interino

SOLICITUD DE DONACIÓN DE DÍAS FAVOR DEL DR. JAIME BENSON

El Dr. Jaime Benson, Catedrático en la Facultad de Ciencias Sociales, está atravesando una situación de salud por la cual no podrá reintegrarse a la cátedra durante este semestre. La Oficina de Recursos Humanos evaluó su caso y cualifica para recibir el beneficio que dispone la Ley Número 44 del 1996 recientemente enmendada, conocida como Ley de Cesión de Licencias por Vacaciones y Enfermedad.

El doctor Benson no dispone de suficientes días acumulados por concepto de licencia por enfermedad, por lo cual se solicita la donación de días. Ante esta situación, apelamos a la bondad y generosidad de todos para que pueda continuar atendiendo su situación de salud.

Las nuevas enmiendas a la ley permiten que un empleado público pueda transferir a otro empleado público hasta un máximo de cinco (5) días de su licencia ordinaria y de cinco (5) días de su licencia por enfermedad para un total de diez (10) días durante un mes. La cantidad máxima que se podrá donar en un año será de veinte (20) días en total, entre ambas licencias. Exhortamos a todas las personas interesadas a completar el formulario adjunto y enviarlo a la Oficina de Recursos Humanos.

Agradezco su colaboración y solidaridad con el doctor Benson al cual le deseamos una pronta recuperación.

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
Recinto de Río Piedras
Rectoría

PO Box 23305
San Juan, PR 00931-3305
Tels. 787-763-3930
787-764-0000, Exts. 83000
Fax 787-764-8799

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

Universidad de Puerto Rico
Oficina de Recursos Humanos

Autorización de Donación de Licencia Ordinaria y Enfermedad

(Ley Núm. 44 del 22 de mayo de 1996, según enmendada)

Parte A. Empleado Cedente (transfiere días a otro)		Parte B. Empleado Cesionario (recibe días cedidos)	
1. Nombre (con dos apellidos)	2. Número de Seguro Social o Identificación de Empleado	1. Nombre (con dos apellidos)	2. Número de Seguro Social o Identificación de Empleado
3. Teléfono	4. Correo Electrónico	Jaime E. Benson Arias	
5. Puesto que Ocupa		3. Teléfono	4. Correo Electrónico
6. Unidad Institucional de la UPR / Entidad Gubernamental	7. Depto./ Decanato/Oficina donde trabaja	5. Puesto que Ocupa	
		Catedrático	
		6. Unidad Institucional de la UPR / Entidad Gubernamental	7. Depto./ Decanato/Oficina donde trabaja
		Rio Piedras	Fac.Ciencias Sociales Dept. Economía
En consideración a lo anterior, acepto que se descuenta de mi licencia los siguientes días, según aplique:		Acepta los días donados por el empleado Cedente y certifico haber presentado la evidencia de la condición médica que me hace acreedor de dicha cesión. Estoy consciente que tan pronto desaparezca el motivo por el cual me ceden los días, debo notificarlo y no tengo derecho a disfrutar el balance cedido que me resta.	
8. Ordinaria ☐	9. Enfermedad ☐		
que cederé a:			
10. Nombre del Empleado Cesionario			
Parte C. Empleado Cedente y Empleado Cesionario			
Damos fe de conocer las disposiciones de la Ley 44 - 1996, según enmendada en lo referente a los requisitos y prohibiciones de la misma, en particular el Artículo 10. - Prohibiciones, que establece lo siguiente: "La cesión de licencia acumulada por vacaciones y/o enfermedad se realizará gratuitamente. Toda persona que directamente o por intermediario diere a otra, o aceptare de este dinero u otro beneficio, a cambio de la cesión de licencias autorizada en esta Ley, será culpable de delito menos grave y convicta que fuere será castigada con multa no mayor de (\$500) dólares o con pena de reclusión que no excederá de seis (6) meses; o ambas penas a discreción del tribunal." Y para que así conste, firmamos el presente documento.			
1. Firma del Empleado Cedente	2. Fecha	3. Firma del Empleado Cesionario o Representante	4. Fecha
Parte D. Oficina de Recursos Humanos del Cedente Balance Licencia Ordinaria, si aplica Antes de Donación ☐ Después de Donación ☐ Balance Licencia por Enfermedad, si aplica Antes de Donación ☐ Después de Donación ☐ Aprobado ☐ No Aprobado ☐ Razón para No aprobar Certifico que los balances de licencias que correspondan y la información anterior del Cedente fue verificada con los Records en esta Oficina de Recursos Humanos. Nombre y Firma del Director ORH o Representante Fecha		Parte E. Oficina de Recursos Humanos del Cesionario Balance Licencia Ordinaria, si aplica Antes de Donación ☐ Después de Donación ☐ Balance Licencia por Enfermedad, si aplica Antes de Donación ☐ Después de Donación ☐ Aprobado ☐ No Aprobado ☐ Razón para No aprobar Certifico que los balances de licencias que correspondan y la información anterior del Cesionario fue verificada con los Records en esta Oficina de Recursos Humanos. Nombre y Firma del Director ORH o Representante Fecha	

Véanse instrucciones al dorso

PATRÓN CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL EMPLEO M/M/V/I