



Fecha: _____

Informe sobre reintegro de empleados en uso de licencia extraordinaria

Nombre:		Rango Académico:	
Seguro Social:		Departamento:	
Sueldo mensual:		Facultad o División:	

Certificación:			
De:		A:	
Licencia:			
<input type="checkbox"/>	Sabática	<input type="checkbox"/>	Para participar en proceso político
<input type="checkbox"/>	Con Sueldo	<input type="checkbox"/>	En Servicio
<input type="checkbox"/>	Sin Sueldo	<input type="checkbox"/>	Militar
<input type="checkbox"/>	Sin Sueldo y con Ayuda Económica	<input type="checkbox"/>	Ayuda Económica
Fecha de reintegro:			

Observaciones:

 Empleado

 Director

 Decano de la Facultad

 Fecha

 Fecha

 Fecha