

Universidad de Puerto Rico Recinto de Mayagüez  
Oficina de Recursos Humanos

**DONACIÓN DE LICENCIA ORDINARIA Y ENFERMEDAD**  
(Ley Núm. 44 del 22 de mayo de 1996, según enmendada)

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <b>Parte A - Empleado Cedente (Transfiere parte de sus licencias ordinarias a favor de un empleado cesionario)</b>   |  |   |  |
| 1. Nombre (con los dos apellidos) del empleado que cede  |  | 2. Número de Empleado   | 3. Título del puesto que ocupa           |
| 4. Teléfono  |  | 5. Correo Electrónico   |  |
| 6. Departamento/Decanato/Oficina donde trabaja   |  |   |  |
| En consideración a lo anterior, autorizo que se descuente(n) el(los) día(s) cedidos de mi Licencia los siguientes días, según aplique:   |  |   |  |
| 7. Ordinaria   |  | 8. Enfermedad   |  |
| <b>Parte B - Empleado Cesionario (Recibe el(los) día(s) por razón de una emergencia personal)</b>  |  |   |  |
| 9. Nombre (con los dos apellidos) del empleado que recibe  |  | 10. Número de Empleado  | 11. Título del puesto que ocupa          |
| 12. Departamento/Decanato/Oficina donde trabaja  |  | 13. Recinto o Unidad Institucional de la UPR / Entidad Gubernamental  |  |
| Acepto el(los) día(s) donado(s) por el empleado cedente y certifico haber presentado la evidencia correspondiente a la condición médica que me hace acreedor de la referida Ley para recibir dicha cesión. Estoy consciente de que tan pronto desaparezca el motivo por el cual me ceden los días, debo retornar a mis labores sin disfrutar del balance cedido que me resta.  |  |   |  |
| <b>Parte C - Empleados Cedente y Cesionario</b>  |  |   |  |
| Damos fe de conocer las disposiciones de la Ley 44 del 22 de mayo de 1996 en lo referente a los requisitos, prohibidos de la misma y particularmente su Artículo 10 que provee lo siguiente:   |  |   |  |
| Penalidades: la cesión de licencia acumulada por vacaciones y/o enfermedad se realizará gratuitamente. Toda persona que directamente o por persona intermedia diere a otra, o aceptare de este dinero u otro beneficio, a cambio de la cesión de licencias autorizadas en esta Ley, será culpable de delito menos grave y convicta que fuere será castigada con multa no mayor de \$500 o con pena de reclusión que no excederá seis (6) meses, o ambas penas a discreción del Tribunal. |  |   |  |
| Y para que así conste, firmamos el presente documento en las fechas indicadas  |  |   |  |
| Firma Empleado(a) Cedente  |  | Firma Empleado(a) Cesionario  | Fecha                                    |
|  |  | <i>Fernando Montalvo</i>  | 16-Junio-2025                            |
| <b>Parte D - Para uso oficial de la Oficina de Recursos Humanos del Recinto o Unidad Institucional a la cual pertenece el empleado cedente.</b>  |  | <b>Parte E - Para uso oficial de la Oficina de Recursos Humanos del Recinto o Unidad Institucional o Entidad Gubernamental a la cual pertenece el empleado cesionario.</b>                    |  |
| Balance Licencia Ordinaria, si aplica  |  | Balance Licencia Ordinaria, si aplica   |  |
| Antes de Donación <input type="text"/>   | Después de Donación <input type="text"/> | Antes de Donación <input type="text"/>  | Después de Donación <input type="text"/> |
| Balance Licencia por Enfermedad, si aplica   |  | Balance Licencia por Enfermedad, si aplica  |  |
| Antes de Donación <input type="text"/>   | Después de Donación <input type="text"/> | Antes de Donación <input type="text"/>  | Después de Donación <input type="text"/> |
| Aprobado <input type="text"/>  | No Aprobado <input type="text"/>         | Aprobado <input type="text"/>   | No Aprobado <input type="text"/>         |
| Certifico que los balances de licencias que corresponden y la información anterior del cedente fue verificada con los récords en la Oficina de Desarrollo y Administración y Desarrollo del Talento Humano.  |  | El(la) empleado (a) cesionario <input type="checkbox"/> presentó <input type="checkbox"/> no presentó<br>Certificación Médica que evidencia la condición médica y la necesidad de ausentarse. |  |
| Firma Director(a) de Recursos Humanos o su Representante Autorizado(a)   |  | Firma Director(a) de Recursos Humanos o su Representante Autorizado(a)  |  |
| Fecha  |  | Fecha   |  |