



**FORMULARIO DE
HORAS REQUERIDAS PARA RETIRADOS,
CESANTEADOS, RENUNCIAS, TRASLADOS, LICENCIAS SIN
SUELDO Y LICENCIAS MILITAR**

Centro para el Desarrollo del Pensamiento Ético

Urbanización El Paraíso #108 Calle Ganges

San Juan, Puerto Rico 00926-2906

(787) 999-0246

e-mail: registro@oeg.pr.gov

Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Agencia:		
Región: (Si aplica)		
Área o División:		
Puesto:		
Fecha de: _____		
<input type="checkbox"/> retiro <input type="checkbox"/> cesantía <input type="checkbox"/> renuncia <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/> licencia sin sueldo <input type="checkbox"/> licencia militar		
Últimos 4 dígitos del Seguro Social: _____	Correo electrónico: _____	Teléfono: Agencia: _____ Celular: _____
Periodo bienal (fecha)	Horas acreditadas por el CDPE	Horas acreditadas por convalidación
<p>Certifico que la información suministrada es correcta, cierta y válida para los efectos de horas de educación continua. En caso de incluir información que a sabiendas me conste es falsa puedo ser objeto de sanciones bajo la Ley 1-2012, Ley de Ética Gubernamental.</p>		

Firma: _____

Fecha: _____

NOTA: DEBE INCLUIR COPIA DE LA CARTA O GESTIÓN OFICIAL QUE INDIQUE LA FECHA EN QUE SE REALIZARÁ O SE REALIZÓ EL PROCESO DE RETIRO, CESANTÍA, RENUNCIA, TRASLADO, LICENCIA SIN SUELDO O LICENCIA MILITAR.