



CERTIFICACIÓN RELACIONADA CON INTERRUPCIONES EN EL SERVICIO Programa Híbrido

CERTIFICO que _____
Nombre Inicial Apellido Paterno Apellido Materno

_____, tuvo no tuvo interrupciones en el servicio que prestó a
Núm. Seguro Social

Agencia - Municipio - Corporación Pública

A continuación el detalle de las mismas:

TIPO DE INTERRUPCIÓN	DESDE	HASTA
	Día/Mes/Año	Día/Mes/Año
<input type="checkbox"/> Licencia sin sueldo		
<input type="checkbox"/> Participación en huelga (s)		
<input type="checkbox"/> Suspensión de empleo y sueldo		

Dada en _____, P.R., hoy ____ de _____ de _____.

Nombre Director Recursos Humanos
o su Representante Autorizado

Firma

Puesto que Ocupa

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.