



Oficina/Departamento/Programa

_____/_____/_____
Día / Mes / Año

Autoridad Nominadora

SOLICITUD DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS NO DOCENTE

Solicito su visto bueno para someter la siguiente contratación:

Nombre _____ Oficina/Departamento/Programa _____

Clasificación _____

Periodo (Desde – Hasta) (Día – Mes – Año) _____ Horas Semanales _____

Cuenta(s) _____ Sueldo Mensual o Pago por Hora _____

Justificación _____

Director de Oficina/Departamento

Nombre / Firma / Fecha

Vo. Bo. Decanato al cual estará adscrito

Nombre / Firma / Fecha

Vo. Bo. Presupuesto o Contabilidad

Nombre / Firma / Fecha

Vo. Bo. Recursos Humanos

Nombre / Firma / Fecha

Vo. Bo. Autoridad Nominadora

Nombre / Firma / Fecha

Director de Programa (si aplica)

Nombre / Firma / Fecha

Vo. Bo. Oficina de Programas e Investigación Subvencionada (si aplica)

Nombre / Firma / Fecha

Anejo: Hoja de Tareas firmada por el Director o Supervisor