



Oficina/Departamento/Programa

____/____/____
Día / Mes / Año

Autoridad Nominadora

SOLICITUD DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DOCENTES

Solicito su visto bueno para someter la siguiente contratación:

Nombre

Oficina/Departamento/Programa

Rango

Preparación Académica

Cursos a Ofrecer con Cantidad de Créditos (Código / Sección / Créditos / Día / Horario)

Periodo (Desde – Hasta) (Día – Mes – Año)

Horas Crédito u Horario Semanal

Cuenta(s)

Cantidad a Pagar

Justificación

Director de Oficina/Departamento

Nombre / Firma / Fecha

Vo. Bo. Decanato de Asuntos Académicos

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