

Universidad de Puerto Rico en Humacao
Oficina de Finanzas

Solicitud de la Tarjeta de Crédito Corporativa
para el Uso de la Investigación

- | | | | |
|-----------------------------------|----|----|--|
| 1. Nombre del (de la) Solicitante | | | 11. Solicito que me autorice a utilizar la Tarjeta de Crédito Corporativa para efectuar cargos directamente relacionados con la investigación. Certifico que la información que he suministrado es correcta. Autorizo voluntariamente a la Universidad de Puerto Rico a que descuenta de mi sueldo, o balances de la licencia ordinaria o enfermedad los cargos no autorizados por la Oficina de Finanzas los cuales no haya reembolsado, hasta satisfacer la totalidad de la deuda. |
| 2. Título Oficial | | | |
| 3. Dirección Postal | | | |
| 4. Teléfono | | | <hr/> Firma del (de la) Solicitante <hr/>Fecha |
| 5. Departamento/Oficina | | | 12. Certifico que la Tarjeta solicitada es necesaria para agilizar las gestiones relacionadas a la investigación y que están regidas por el Procedimiento para el Uso de Tarjeta de Crédito Corporativa en beneficio del desarrollo investigativo institucional. |
| 6. Proyecto(s) Aprobado(s) | SI | NO | |
| 7. Cuenta a afectarse | | | <hr/> Firma Decano(a) de la Facultad <hr/>Fecha |
| Título | | | |
| Vigencia | | | |
| 8. Cuenta a afectarse | | | 13. Certifico que la información sobre la(s) cuenta(s) es correcta y que la(s) misma(s) tiene(n) fondo(s) disponible(s). |
| Título | | | |
| Vigencia | | | |
| 9. Título de la cuenta | | | <hr/> Firma Director(a) de Finanzas <hr/>Fecha |
| 10. Vigencia de la cuenta | | | 14. Autorizo al solicitante a efectuar pagos mediante la Tarjeta de Crédito Corporativa, conforme las disposiciones del Procedimiento par la Adquisición de Artículos y Servicios no Personales Mediante la Tarjeta de Crédito Corporativa. |
| | | | <hr/> Firma Decano(a) de Administración <hr/>Fecha |

PARA SER COMPLETADO POR LA OFICINA CENTRAL DE FINANZAS

- | | | | |
|------------------------------------|-------------|---|-------------|
| 15. Periodo cubierto por el seguro | | 16. Aprobado | No Aprobado |
| Desde | Hasta | | |
| <hr/> Firma del Oficial de Seguros | <hr/> Fecha | <hr/> Firma Director(a) Oficina Central de Finanzas | <hr/> Fecha |