



SOLICITUD DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS NO DOCENTES

Fecha

Autoridad Nominadora

Solicito su visto bueno para otorgar la siguiente contratación:

Nombre Ofic./Dept./Programa

Rango o /lasificación Preparación Académica

Justificación

Periodo: Desde Hasta Horas por el periodo / horas semanales

Cuenta(s) Cantidad a Pagar

Justificación

Director de Departamento, Oficina o Programa que recibe el servicio

Nombre Firma Fecha

Revisión de Oficina de Recursos Humanos

DD/MMM/YYYY

Nombre Firma Fecha

Vo. Bo. Decanato al cual estará adscrito

DD/MMM/YYYY

Nombre Firma Fecha

Vo. Bo. Presupuesto o Contabilidad

DD/MMM/YYYY

Nombre Firma Fecha

Vo. Bo. Recursos Humanos

DD/MMM/YYYY

Nombre Firma Fecha

Director de Departamento, Oficina o Programa al cual está adscrito (si aplica)

DD/MMM/YYYY

Nombre Firma Fecha

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

DD/MMM/YYYY

Nombre Firma Fecha

Vo. Bo. Autoridad Nominadora

DD/MMM/YYYY

Nombre Firma Fecha

DD/MMM/YYYY