

**SOLICITUD DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DOCENTES**

Fecha

Autoridad Nominadora

Solicito su visto bueno para otorgar la siguiente contratación:

Nombre  Ofic./Dept./Programa

Rango o #clasificación  Preparación Académica

u k

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   
DD/MMM/YYYY

Revisión de Oficina de Recursos Humanos

Nombre  Firma  Fecha   
DD/MMM/YYYY

Vo. Bo. Decanato al cual estará adscrito

Nombre  Firma  Fecha   
DD/MMM/YYYY

Vo. Bo. Presupuesto o Contabilidad

Nombre  Firma  Fecha   
DD/MMM/YYYY

Vo. Bo. Recursos Humanos

Nombre  Firma  Fecha   
DD/MMM/YYYY

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

Nombre  Firma  Fecha   
DD/MMM/YYYY

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

Nombre  Firma  Fecha   
DD/MMM/YYYY

Vo. Bo. Autoridad Nominadora

Nombre  Firma  Fecha   
DD/MMM/YYYY