



SOLICITUD DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 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/YYY

Nombre

Firma

Fecha

Vo. Bo. Decanato al cual estará adscrito

DD/MMM/YYY

Nombre

Firma

Fecha

Vo. Bo. Presupuesto o Contabilidad

DD/MMM/YYY

Nombre

Firma

Fecha

Vo. Bo. Recursos Humanos

DD/MMM/YYY

Nombre

Firma

Fecha

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

DD/MMM/YYY

Nombre

Firma

Fecha

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

DD/MMM/YYY

Nombre

Firma

Fecha

Vo. Bo. Autoridad Nominadora

DD/MMM/YYY

Nombre

Firma

Fecha