



PROPUESTA DE NOMBRAMIENTO O CONTRATO

PARA USO DE LA UNIDAD SOLICITANTE		
1. Departamento u oficina:		
2. Decanato Adscrito:		
3. Rango o Título del Puesto o Tareas a Cubrirse:		
4. Tipo de Nombramiento o Contrato:		
<input type="checkbox"/> Probatorio	<input type="checkbox"/> Nombramiento Especial	<input type="checkbox"/> Sustituto
<input type="checkbox"/> Contrato de Servicios	<input type="checkbox"/> Temporero	<input type="checkbox"/> Otro
5. Preparación Académica:		
6. Tarea: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial		
Si es parcial, número de horas u horas crédito serán de _____ semanales		
7. Número de puesto:		
Número cuenta afectada:		
8. Sueldo por el periodo:		
<input type="checkbox"/> Según escala básica <input type="checkbox"/> Recomendado <input type="checkbox"/> Niveles Intermedios		
Sueldo mensual:		
9. Efectividad:		
Desde: _____ Hasta: _____		
10. Persona seleccionada:		
Número de Seguro Social:		
11. Justificación de la Petición u Observaciones:		
_____		
Solicitado por: _____ Autorizado por: _____		
Director(a) Departamento u oficina Decano(a) correspondiente		
_____		
Fecha Fecha		
CERTIFICACIÓN DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS		
12. Verificado por las Divisiones de:		
<input type="checkbox"/> Nombramientos y Cambios	_____	_____
	Analista de Recursos Humanos	Fecha
<input type="checkbox"/> Clasificación y Retribución	_____	_____
	Analista de Recursos Humanos	Fecha
<input type="checkbox"/> Reclutamiento y Selección	_____	_____
	Analista de Recursos Humanos	Fecha
13. Observaciones: _____		
_____		
14. Luego de verificar la información anterior, esta propuesta <input type="checkbox"/> cumple <input type="checkbox"/> no cumple con las escalas, normas y reglamentos aplicables por lo que <input type="checkbox"/> procede <input type="checkbox"/> no procede continuar con el trámite correspondiente.		
Certificado por:		
_____		
Director(a) o Representante Autorizado Fecha		
CERTIFICACIÓN OFICINA DE PRESUPUESTO O CONTABILIDAD		
15. Asignación Disponible: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
16. Efectividad Autorizada:		
17. Número de Puesto: _____		
Verificado por: _____ Autorizado por: _____		
Analista de Presupuesto Director(a) de Presupuesto o Contabilidad o Representante Autorizado		
AUTORIZACIÓN DEL RECTOR(A)		
18. Luego de las recomendaciones y certificaciones arriba señaladas, <input type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> No Autorizo el nombramiento o contratación recomendado según los términos establecidos anteriormente.		
_____		
Autoridad Nominadora o Representante Autorizado Fecha		