



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"/> Contrato de Servicios	<input type="checkbox"/> Temporalero
<input type="checkbox"/> Sustituto	<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: _____	
Sueldo mensual:	<input type="checkbox"/> Según escala básica <input type="checkbox"/> Recomendado <input type="checkbox"/> Niveles Intermedios
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: _____ Analista de Presupuesto	Autorizado por: _____ 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