UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN CAYEY
DECANATO DE ADMINISTRACION
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

F-98-3.2-4
Rev/marzo/04

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:

☐ *Probatorio* ☐ *Nombramiento Especial* ☐ *Sustituto*

☐ *Contrato de Servicios* ☐ *Temporero* ☐ *Otro*

5. Preparación Académica:

6. Tarea: ☐ *Completa* ☐ *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:

☐ *Según escala básica* ☐ *Recomendado* ☐ *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*

CERTIFICACION DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

12. Verificado por las Divisiones de:

☐*Nombramientos y Cambios* _____ _____

Analista de Recursos Humanos *Fecha*

☐*Clasificación y Retribución* _____ _____

Analista de Recursos Humanos *Fecha*

☐*Reclutamiento y Selección* _____ _____

Analista de Recursos Humanos *Fecha*

*13. Observaciones:*_____

_____

14. Luego de verificar la información anterior, esta propuesta ☐ *cumple* ☐ *no cumple con las escalas, normas y reglamentos aplicables por lo que* ☐ *procede* ☐ *no procede continuar con el trámite correspondiente.*

Certificado por:

_____ _____

Director(a) o Representante Autorizado *Fecha*

CERTIFICACION OFICINA DE PRESUPUESTO O CONTABILIDAD

15. Asignación Disponible: ☐ *Si* ☐ *No*

16. Efectividad Autorizada:

*17. Número de Puesto:*_____

Verificado por: *Autorizado por:*

_____ _____

Analista de Presupuesto *Director(a) de Presupuesto o Contabilidad o Representante Autorizado*

AUTORIZACION DEL RECTOR(A)

Luego de las recomendaciones y certificaciones arriba señaladas, ☐ *Autorizo* ☐ *No Autorizo el nombramiento o contratación recomendado según los términos establecidos anteriormente.*

_____ _____

Autoridad Nominadora o Representante Autorizado *Fecha*