

|  |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| Año Fiscal   | <b>Universidad de Puerto Rico</b><br><b>Recinto Universitario de Mayagüez</b><br><b>PROPUESTA DE ACCION A PERSONAL Y PRESUPUESTO y</b><br><b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS ESPECIALES</b> | Número PAPP                  |
| Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre, Inicial | Número de Control  | Preparación Académica: (L23) |

### COMPENSACIÓN ADICIONAL

|   |  |
|---|--|
| <b>Créditos por esta compensación</b>     | <b>Créditos acumulativos en compensaciones</b> |
| Fecha de Efectividad (P16) MES: DIA: AÑO: | Fecha de Terminación (P16) MES: DIA: AÑO:      |

#### DATOS DE LA PERSONA

| Datos de Empleo   | P   | VIGENTE  | PROPUESTO  |
|---|---|--|--|
| Decanato / Departamento u Oficina   | 16  |  |  |
| Grupo de Trabajo/<br>Código de Asignación                                       | 16  |  |  |
| Número de Posición  | 16  |  |  |
| Escala  | 16  |  |  |
| Código de Pago y/o CAL ID   | 16  |  |  |
| Título/Rango  | 16  |  |  |
| Clase de Servicio   |   | <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> No Docente | <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> No Docente |
| Sueldo <input type="checkbox"/> Mensual<br><input type="checkbox"/> Por Período | L 20  |  | <b>Cantidad a pagar</b>  |
| Cuenta y partidas a afectarse   | L63   | <b>NO APLICA</b>   |  |
| FTE: (P16) 1.00   | Horas Promedio Período Pago (P16) <b>HRS</b>                      |  | Propósito (P16)  |
| Seguro Social P(M31)<br><input type="checkbox"/> Si                             | Contribución Sobre Ingresos P(M31)<br><input type="checkbox"/> Si |  |  |

#### DESCRIPCIÓN DE LOS DEBERES Y RESPONSABILIDADES (De ser necesario espacio adicional, puede utilizar la parte posterior de esta hoja)

#### SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS ESPECIALES (SASE) SI APLICA

Escriba una breve justificación de los servicios solicitados a continuación: (Para ser llenado sólo si un empleado rinde servicios a un departamento distinto al que pertenece).

  
  

|   |   |
|---|---|
| _____<br>Firma del Dir. del Depto. solicita los servicios / Fecha | _____<br>Firma del Decano Facultad solicita los servicios / Fecha |
|---|---|

Certifico: que he examinado el programa de trabajo de este empleado, copia del cual se acompaña, y que el mismo es equivalente a una tarea regular a tiempo completo. Certifico, además, que la tarea propuesta no conlleva ni afecta el desempeño efectivo del empleado en su tarea regular de trabajo; Por lo tanto, autorizo, la prestación de la tarea adicional propuesta sobre su jornada regular de trabajo de acuerdo a los reglamentos vigentes de la Universidad de Puerto Rico y las disposiciones especiales de la Ley Núm. 100 del 27 de junio de 1956.

|   |  |
|---|--|
| _____<br>Firma del Director donde trabaja el empleado / Fecha | _____<br>Firma Decano donde trabaja empleado / Fecha |
|---|--|

#### FIRMAS

|  |       |                                   |       |
|--|-------|-----------------------------------|-------|
| Solicitado Director                    | Fecha | Verificado Oficina de Presupuesto | Fecha |
| Recomendado Decano                     | Fecha | Decano Asuntos Académicos         | Fecha |
| Verificado Oficina de Recursos Humanos | Fecha |                                   |       |

#### NO LLENE - PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE PRESUPUESTO

|                                   |                        |
|-----------------------------------|------------------------|
| Balance disponible                |                        |
| Costo de Propuesta                | Sobrante/Insuficiencia |
| Transferencia Num.                | Cantidad               |
| Observaciones                     |                        |
| Firma del Analista de Presupuesto | Fecha                  |