

Año Fiscal	Universidad de Puerto Rico Recinto Universitario de Mayagüez PROPUESTA DE ACCION A PERSONAL Y PRESUPUESTO y SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS ESPECIALES	Número PAPP
Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre, Inicial	Número de Seguro Social	Preparación Académica: (L23)

COMPENSACIÓN ADICIONAL

Créditos por esta compensación	Créditos acumulativos en compensaciones
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	NO APLICA	
Grupo de Trabajo/ Código de Asignación	16	NO APLICA	
Número de Posición	16	NO APLICA	
Escala	16	NO APLICA	
Código de Pago y/o CAL ID	16	NO APLICA	
Título/Rango	16	NO APLICA	
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 <input type="checkbox"/> Por Período	L 20		Cantidad a pagar \$ _____
Cuenta y partidas a afectarse	L63	NO APLICA	
FTE: (P16)		Horas Promedio Período Pago (P16) HRS	Propósito (P16)
Seguro Social P(M31) <input checked="" type="checkbox"/> Si		Contribución Sobre Ingresos P(M31) <input checked="" 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).

Firma del Dir. del Depto. solicita los servicios / Fecha

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 conflagra 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.

Firma del Director donde trabaja el empleado / Fecha

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 _____	Sobrante/Insuficiencia _____
Costo de Propuesta _____	Cantidad _____
Transferencia Num. _____	
Observaciones _____	
_____ Firma del Analista de Presupuesto	_____ Fecha

*Este documento se rige por las disposiciones de la Ley de la Universidad de Puerto Rico y el Reglamento General de esta Institución

DISTRIBUCION COPIAS: BLANCA-RECURSOS HUMANOS, ROSA-NOMINA, AMARILLA OSCURA-PRESUPUESTO, AZUL-OFICINA DE ORIGEN, AMARILLA CLARA-RETIRO, VERDE-EMPLEADO PATRONO CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL EMPLEO - M/F/V/I
PAPP - REVISADO OCTUBRE DE 2004