# RECINTO DE RÍO PIEDRAS DECANATO DE ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTO DE FINANZAS

**OFICINA NOMINAS**

**Primera Experiencia Laboral**

# REGISTRO DE FIRMAS AUTORIZADAS

Las personas cuyos nombres y firmas se incluyen están autorizadas para aprobar la Formulario de CERTIFICACION DE HORAS TRABAJADAS del Programa Primera Experiencia Laboral; en su capacidad de **Profesor Enlace**, **Decano Auxiliar Asuntos Administrativos** y Sustituto.

Certifico, que de acuerdo a la reglamentación vigente no hay incompatibilidad entre las funciones que desempeñan los funcionarios y la autorización que se les otorga.

**Profesor Enlace**

Nombre Puesto

**Decanato Auxiliar Asuntos Administrativos**

Nombre Puesto Firma Tel. Ext. Correo electrónico

**FUNCIONARIO QUE OTORGA LA AUTORIZACIÓN**

Nombre:

Decano de la Facultad/ Director Oficina Administrativa

Firma Tel. Ext. Correo electrónico

**SUSTITUTO**

Nombre Puesto Firma: Tel. Ext. Correo electrónico

Firma:

FACULTAD / UNIDAD ADMINISTRATIVA:

Autorización expedida el de de