



SECRETARÍA JUNTA ADMINISTRATIVA

2014-15
Certificación Número 130

YO, NITZA HEBÉ RIVERA, Secretaria Ejecutiva Pro Tempore de la Junta Administrativa del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, **CERTIFICO:**

Que la Junta Administrativa en reunión ordinaria celebrada el martes, 30 de septiembre de 2014, y luego de la discusión de rigor, **ACORDÓ:**

Atender el documento "Procedimiento para la Selección, Reclutamiento, Administración y Pago a Estudiantes del Programa de Trabajo a Jornal en el Recinto de Ciencias Médicas" en sus méritos con las enmiendas sugeridas y que se revise aparte el formulario Requisición de Estudiante a Jornal, ya que no estaba incluido en las enmiendas sometidas.

Y para que así conste, para conocimiento del personal y de las autoridades universitarias que corresponde, expido esta Certificación bajo el sello del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, hoy nueve de octubre del año dos mil catorce.

Nitza Hebé Rivera, MD
Secretaria Ejecutiva Pro Tempore

Vo. Bo.:

Noel J. Aymat Santana, DMD, FAAPD, JD
Rector

NHR/ynr





**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE GERENCIA DE CAPITAL HUMANO**



REQUISICIÓN DE ESTUDIANTES A JORNAL

1. Referencia Bloque / Sección: _____
 Fecha / Date _____ Año Fiscal / Fiscal Year: _____
 Mes Día Año

OFICINA DE CONTABILIDAD
 2. Obligación Número

3. Número de Cuenta (UFIS): _____
 4. Código de la Transacción: _____
 5. Sector Económico (Sector) : _____
 6. Número de Requisición (P.O. No.) _____
 7. Fecha / Date : _____
 Mes Día Año

8. Descripción de la Transacción: **Estudiante A Jornal**
 9. Cantidad (Amount): _____
 10. _____ Débito _____ Crédito:
 11. Número de Obligación (Ref.No.2) _____
 12. Número de Supliador (ID Number): _____

13. Título de la Cuenta:

 14. Oficina ó Departamento donde trabajará el Solcitante:

 15. Programa Académico del Estudiante:

 16. Periodo de Tiempo a Trabajar:
 17. Desde : _____ Hasta : _____
 Mes Día Año Mes Día Año

18. Breve Descripción de la Labor: (Debe incluir hoja por separado con el detalle de las funciones, firmada por el estudiante y el supervisor)

 19. Destrezas, Conocimientos o Habilidades Requeridas:

20. COMPLETAR POR LA OFICINA QUE SOLICITA

21. Completar Oficina de Pre-Intervenciones

Nombre del Estudiante (Nombre y Seguro Social)	Tiempo a Trabajarse			Clasificación y Nivel del Estudiante	Compensación Por hora	Cantidad Total
	Horas Semanales	Número Semanas	Total Horas			
Totales:						

22. Decano de Facultad:
 Recomendado por: _____ Fecha: _____
 Nombre y Firma Día Mes Año

23. Oficina de Personal:
 Aprobado No Aprobado _____ Fecha: _____
 Nombre y Firma Día Mes Año

24. Decano Asuntos Académicos:
 Aprobado No Aprobado _____ Fecha: _____
 Nombre y Firma Día Mes Año

25. Decano de Estudiantes:
 Aprobado No Aprobado _____ Fecha: _____
 Nombre y Firma Día Mes Año

OFICINA DE CONTABILIDAD

26. VERIFICACIÓN

a. Cómputos	b. Legalidad	c. Firma
-------------	--------------	----------

27. APROBADO por:

 Nombre y Firma del Director Contabilidad Fecha