



**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE RIO PIEDRAS
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS**

- Transacción
 Nombramiento
 Contrato
 Renovación
 Compensación Adicional
 Cambio

Año Fiscal:
 Número de
 Referencia:

**Notificación de Nombramiento
 Contrato de Servicio, Compensación Adicional o Cambio**

1. Nombre :		2.Seguro Social:	
3. Transacción: (P16)		4. FTE (P16) 1.0	5. Horas Período Pago
6. Propósito: (P16)		7. Prep. Acad. Más Alta (P23)	
8. Fecha de Efectividad: (P16) Mes _____ Día _____ Año _____		9. Fecha de Terminación: (P16) Mes _____ Día _____ Año _____	

Datos de Empleo	P	VIGENTES	DESPUES DEL CAMBIO
10. Grupo de Trabajo/ Código de Asignación	16		
11. Facultad, Departamento/ Decanato, Oficina	12		
12. Número de Plaza	16		
13. Cuenta(s) a afectarse	63		
14. Título/Rango	16		
15. Tipo de Nombramiento	16		
16. Clase de Servicio	15		
17. Código de Pago y/o CAL ID	16		
18. Escala / Rate	16		
19. Sueldo Total Bimensual	--	\$ Fijo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	\$ Fijo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

20. Desglose de Salario (bimensual) fuera de Escala (P16):

Sobresueldo \$ _____ Bonificación _____ Aumentos Concedidos \$ _____
 Diferencial _____
 Preparación Académica \$ _____ Docente \$ _____ Quinquenios Retenidos \$ _____

21. Terminación de Asignación o Separación (P48 y P49):

Grupo _____ Código Asignación _____ Status _____
 Fecha de Terminación: Mes _ Día _ Año _ Fecha de Separación: Mes _ Día _ Año _____
 Razón _____

Tipo de Transacción _____

22. AEELA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	23. Retiro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de Cotización:	24. Jornada: Completa <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>	25. Asignación principal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	---------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

26. Decanato, Facultad, Depto. u Oficina que genera la Compensación Adicional:	27. Descripción de la tarea o cursos en C/A (días, horario, sección y créditos): ____ (1) _____ ____ (2) _____
--------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

29. Firmas:	30. Observaciones y/o Programa Académico para C/A:
_____ Director de Escuela, Depto./ Oficina _____ Decano de la Facultad _____ Decano/Director Unidad que recibe el servicio _____ Director de Presupuesto/Finanzas _____ Director de Recursos Humanos _____ Decano de Administración _____ Firma del Empleado	_____ Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____ Fecha