**SOLICITUD DE CONTRATO CIVIL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LIC. MARÍA DE LOS ÁNGELES ROMERO ONOFRE**  COORDINADOR DE PERSONAL  PRESENTE | | | Núm. de Solicitud:  (de la dependencia) | | | |  | | | |
| Fecha:  (de petición) | | | |  | | | |
| Solicito a Usted, gestione el **CONTRATO CIVIL** que a continuación se describe: | | | | | | | | | | |
| Contrato: |  | | Condición del contrato:(Nuevo o Prorroga) | | | | | |  | |
| Nombre completo: |  | | | | Código:(si aplica) | | | |  | |
| Dependencia de adscripción: |  | | | | | | | | | |
| Justificación: |  | | | | | | | | | |
| Actividades: |  | | | | | | | | | |
| Fecha de inicio: |  | Fecha de término: | |  | | Total de meses: | | | |  |
| Pago Mensual: |  | Costo total: | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Nombre del proyecto: |  | | | Núm. de proyecto: | | | | | |  |
| Núm. de contrato: | | | | | |  |
| Origen de los recursos: | Fondo: | |  | Año: | | | |  | | |
| Arancel: | |  | Referencia: | | | |  | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Validación Presupuestal   
 (Por la Coordinación de Finanzas)

|  |
| --- |
| Observaciones:  Si es nuevo contrato anexar a la presente solicitud **1 tantos** de:   1. Ficha única de identificación personal, firmada en original y fotografía. 2. Acta de nacimiento original que incluya el CURP o en su defecto copia del CURP. 3. Copia del RFC con homoclave emitido por el SAT. 4. Copia de identificación oficial. 5. Copia comprobante de domicilio. (TELMEX, CFE, PREDIAL, AGUA, Vigencia máxima 2 meses) 6. Copia último grado de estudios, debe de venir con el sello de cotejado. Certificado por el Secretario respectivo 7. Currículo breve   Si es prórroga del contrato anexar a la presente solicitud:   1. Solo actualizaciones de datos si los hay, y comprobantes. 2. Informe de actividades y plan de trabajo. |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | SOLICITANTE  (Puesto del solicitante)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Nombre del solicitante) | Vo.Bo.  SECRETARIO ADMINISTRATIVO  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  MTRO. ADRIÁN GÓMEZ MEDRANO | AUTORIZA  TITULAR DE LA DEPENDENCIA  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DR. CARLOS BEAS ZARATE | |