**SOLICITUD DE CONTRATO POR HONORARIOS PUROS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 por **HONORARIOS PUROS** que a continuación se describe: | | | | | | | | | | | | | |
| 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 recurso: | | | |  | |
| 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. Alta ante Hacienda con Actividad de Servicios Profesionales Independientes. 3. Carta dirigida a la Universidad en la que señalen que los Honorarios percibidos por parte de U de G no es su única fuente de ingreso. 4. Copia del RFC con homoclave emitido por el SAT. 5. Copia de la última declaración anual de impuestos ante el SAT   Si es prórroga del contrato anexar a la presente solicitud:   1. Solo actualizaciones de datos si los hay, y comprobantes. 2. Copia de última declaración mensual 3. Informe de actividades 4. Formato 32-D SAT |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | SOLICITANTE  (Puesto del solicitante)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Nombre del Solicitante) | Vo.Bo.  SECRETARIO ADMINISTRATIVO  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  MTRO. ADRIÁN GÓMEZ MEDRANO | AUTORIZA  TITULAR DE LA DEPENDENCIA  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DR. CARLOS BEAS ZARATE | |