**SOLICITUD DE CONTRATO LABORAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 LABORAL** que a continuación se describe: |
| Nombre del Trabajador: |  | Código: |  |
| Puesto: |  |
| Dependencia de adscripción: |  |
| Fecha de inicio: |  | Fecha de término: |  | Total de meses: |  |
| Carga horaria semanal: |  | Salario base mensual: |  | Costo total: |  |
| Condición del Contrato: |  | Forma de Pago: | Quincenal |
| Horario y lugar en el que se desempeñarán las labores: |  |
| Justificación:(Motivo de solicitud) |  |
| Actividades: |  |
| Nombre del Proyecto: |  | Núm. de Proyecto: |  |
| Núm. de Contrato: |  |
| Origen de los Recursos:**(Nota**: No llenar si es fondo 1101) | Fondo: |  | Año: |  |
| Arancel: |  | Referencia: |  |

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

 Validación Presupuestal

|  |
| --- |
| 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 homo-clave emitido por la SHCP.
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
 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SOLICITANTE (Puesto del solicitante)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nombre del solicitante) | Vo.Bo. SECRETARIO ADMINISTRATIVO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MTRO. ADRIÁN GÓMEZ MEDRANO | AUTORIZATITULAR DE LA DEPENDENCIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DR. CARLOS BEAS ZARATE |

 |