Revisada 8-2010

Universidad de Puerto Rico
Recinto Universitario de Mayagüez
Centro de Investigación y Desarrollo
Oficina de Finanzas

REGISTRO DE FIRMAS AUTORIZADAS

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Proyecto(s)
Núm. Cuenta(s)

	Fund	Dept.	Sub-Dept.	Object	FN	Project	FY
FRS _____							
FRS _____							
FRS _____							
FRS _____							
FRS _____							

Depto. o Unidad _____ **Ext.**_____

Titulo del oficial o empleado autorizado

Certifico que: _____ _____

Nombre del oficial o empleado autorizado **Firma del oficial o empleado autorizado**

Cuya firma aparece arriba, ha sido autorizado para firmar, en capacidad de las funciones siguientes:

( ) Requisiciones de Orden de Compra
( ) Informe de Recibo
( ) Solicitud de Dinero – Caja Menuda
( ) Liquidación de Caja Menuda
( ) Certificación de Tiempo Extra Trabajado
( ) Hoja de Asistencia Mensual Estudiantes a Jornal (Modelo 118)

( ) Obligaciones/Aviso de Cambio (O-001)

( ) Presupuestos Original, Rev. y Proyectado (MP-001)
( ) Aviso de Transferencia de Fondos (MP-002)
( ) Comprobante de Desembolsos

( ) Solicitud, Autorización y Comprobante de Pago Anticipado (MC-002)
( ) Solicitud y Comprobante Pagos Mensuales (MC-003)
( ) Nómina de Jornales (Mod.119) (MC-004)
( ) Solicitud y Autorización de Orden de Viaje (MC-005)
( ) Liquidación y Comprobante de Gastos de Viaje (EJ-004)
( ) Autorización de Pago por Concesión de Ayudantía de Enseñanza o Investigación (R3-4)
( ) Requisición de Empleados/Estudiante a Jornal (O-004)

Otros: _____
_____
_____

(PARA LLENARSE EN CASO DE RESCISION DE AUTORIZACIONES ANTERIORES)

Esta autorización sustituye ( ) permanentemente,

( ) temporeramente hasta el día ____ de _____ de 20___

La concedida el ____ de _____de 20___ al Sr./Sra. _____
Nombre del oficial a quien sustituye

Titulo del oficial o empleado autorizado a quien sustituye. _____

La sustitución es ( ) total:
( ) solamente en cuanto a los siguientes _____

(PARA USO EN EL CID)

FIRMA _____

NOMBRE _____ FECHA _____

TITULO _____
Director del Centro de Investigación y Desarrollo o su Representante Autorizado

(PARA USO EN DEPARTAMENTO DEL PI)

FIRMA _____

NOMBRE_____ FECHA_____

TITULO _____
Director del departamento o (Investigador Principal si ha delegado)

Data Entrada por _____