ANDE

HABILITACIÓN PARA PAGO DE DISPONIBILIDAD

1 _____
Sigla / Numero / Año

A: 2 _____ **Siglas:** 3 _____
(Unidad Administrativa de Nivel Jerárquico "D", como mínimo)

De: 4 _____ **Siglas:** 5 _____
(Unidad Administrativa solicitante)

Solicito la habilitación para percibir el concepto de Disponibilidad al(a los) siguiente(s) funcionario(s):

Pers. N°	Nombre y Apellido	Cargo / Función	Justificativas	Periodo Afectado	Salario Vector	Costo Mensual
6	7	8	9	10	11	12
					Total Estimado	13 -

Trabajos a realizar: 14 _____

UNIDAD ADMINISTRATIVA SOLICITANTE, A PARTIR DEL NIVEL JERÁRQUICO "E"		UNIDAD ADMINISTRATIVA DE NIVEL JERÁRQUICO "D", COMO MÍNIMO	OFIC. DE COORD./DE APOYO DEL ÁMBITO DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA SOLICITANTE	GERENCIA, DIRECCIÓN O UNIDAD ADMINISTRATIVA EQUIVALENTE	DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS (DRH)	PRESIDENCIA (PR)
Elaborado por:						
15	16	17	18	19	20	21
Firma	**Firma Jefe**	**Firma Jefe**	**Firma Jefe**	**Firma Jefe**	**Firma Director**	**Firma Presidente**
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:

Observación: Los campos no completados deberán ser debidamente inhabilitados con una raya diagonal sobre los mismos.

Original: Dirección de Recursos Humanos **(DRH)**

1a. Copia: Unidad Administrativa solicitante