ANDE

SIGLA/Nº/AÑO

NOMINA MENSUAL CONSOLIDADA PARA PAGO DE DISPONIBILIDAD

A: PRESIDENCIA

De: _____

Unidad Administrativa de Nivel Jerárquico "B" o "C" solicitante

Se solicita autorización para el pago en concepto de Disponibilidad a los siguientes funcionarios que cumplen con los requisitos establecidos en la IPE 41

UNIDAD ADMINISTRATIVA	Nº	Pers. Nº	NOMBRE Y APELLIDO	JUSTIFICATIVA	PLAZO	REF.

OFIC. DE COORDINAC./ OFIC. DE APOYO DEL ÁMBITO DE LA UNIDAD SOLICITANTE	UNIDAD ADMINISTRATIVA DE NIVEL JERÁRQUICO "B" O "C" SOLICITANTE	DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS (DRH)	PRESIDENCIA (PR)
_____ Firma Jefe Fecha:	_____ Firma Gerente, Director o equivalente Fecha:	_____ Firma Director Fecha:	_____ Firma Presidente Fecha: