ANDE

1 _____
SIGLA/Nº/AÑO

NOMINA MENSUAL CONSOLIDADA PARA PAGO DE DISPONIBILIDAD (NMCPD)

A: PRESIDENCIA

De: 2 _____
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.
3	4	5	6	7	8	9

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)
10	11	12	13
Firma Jefe	Firma Gerente, Director o equivalente	Firma Director	Firma Presidente
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha: