GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Servicios Generales

ASG 288
Rev. 21-sept. 2021
Regl. 8 (Jun.-1985)

Original – ASG
2do. Original – Empleado
Copia –Jefe de Agencia

_____
Departamento o Agencia

_____
Unidad o Programa

_____
Dirección

_____
Teléfono / Fax

SOLICITUD DE NOMBRAMIENTO: ❑ ***RECEPTOR OFICIAL***
❑ ***RECEPTOR AUXILIAR***

A: ***Administración de Servicios Generales***
Área de Adquisiciones
PO Box 195568
San Juan, Puerto Rico 00919-5568

Solicito se nombre a _____ / _____, Seguro Social [redacted] - [redacted] - _____, quien
(Nombre Empleado) **(Correo Electrónico)**

ocupa el puesto regular de _____ y ejercerá las funciones de ❑Receptor Oficial o ❑Receptor

Auxiliar en la _____ en la Oficina o Región de _____.
(Agencia)

Indicar las razones para solicitar el Nombramiento: _____

_____

Objetos a recibir_____

Volumen y costo máximo a recibir:_____

PREPARACIÓN Y EXPERIENCIA

I. Preparación Académica:

A. Escuela Superior - Curso:_____ Fecha de Graduación:_____

B. Colegio o Universidad:_____ Curso:_____

Fecha: De _____ a _____ Crédito aprobados: _____

C. Otros Cursos (Especifique: Título de curso, Nombre de la Institución y dirección, fecha y diploma o certificado):

_____

_____

II. Experiencia de Trabajo - (Especifique la experiencia de trabajo enfatizando la obtenida en el uso y trámite de fondos públicos. En caso necesario use hoja adicional):

_____

_____

Certifico que esta información es correcta, que he investigado las cualidades morales de este empleado y las mismas son aceptables para desempeñar esta posición.

_____ _____
Fecha Firma del Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado

Instrucciones y requisitos:

1. Completar formulario en todas sus partes y firmada,
2. Incluir **dos (2) fotografías 2x2** del candidato,
3. Incluir copia del "Certificado de Participación", de haber participado del adiestramiento para Receptores Oficiales y Auxiliares,
4. Incluir copia ponchada, como recibido por el Depto. de Hacienda, del Registro de Firmas Autorizadas (Forma Modelo SC781), según Carta Circular 1300-19-14 del 13 de diciembre de 2013.

Modelo SC 781
1300-19-14
13/12/2013

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

_____
AGENCIA

_____
DIRECCIÓN

_____
CIFRA DEPENDENCIA DE INVENTARIO

REGISTRO DE FIRMAS AUTORIZADAS

_____ _____
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO O EMPLEADO AUTORIZADO TÍTULO OFICIAL

CERTIFICO QUE _____, CUYA FIRMA Y TÍTULO APARECEN ARRIBA, HA SIDO AUTORIZADO PARA
NOMBRE

FIRMAR LOS DOCUMENTOS INDICADOS Y EN LA CAPACIDAD ESPECIFICADA.

(PARA LLENARSE EN CASOS DE RESCISIÓN DE AUTORIZACIONES ANTERIORES)

ESTA AUTORIZACIÓN SUSTITUYE ☐ PERMANENTEMENTE ☐ TEMPORERAMENTE HASTA EL DÍA ____ DE _____
DE _____, LA CONCEDIDA EL _____ DE _____ DE _____ A _____
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO A QUIEN SUSTITUYE
(DE ESTAR DISPONIBLE)

_____
TÍTULO DEL FUNCIONARIO A QUIEN SUSTITUYE

LA SUSTITUCIÓN ES ☐ TOTAL ☐ SÓLAMENTE EN CUANTO A LOS DOCUMENTOS ANOTADOS

CERTIFICO QUE HE ESTUDIADO LAS RESPONSABILIDADES QUE ESTA FIRMA CONLLEVA Y QUE A MI JUICIO EL FUNCIONARIO O EMPLEADO EN QUIEN SE DELEGA ES EL MÁS APROPIADO Y QUE NO EXISTE INCOMPATIBILIDAD ENTRE ESTAS DELEGACIONES Y LOS DEBERES QUE NORMAL MENTE DESEMPEÑA DICHO FUNCIONARIO O EMPLEADO.

_____ _____
JEFE DE AGENCIA O SU REPTE. AUTORIZADO FIRMA

_____ _____
TÍTULO OFICIAL AUTORIZACIÓN EFECTIVA EL (FECHA)

(DETALLES DE DOCUMENTOS AL DORSO)

CONSERVACIÓN: SEIS AÑOS O UNA INTERVENCIÓN DEL CONTRALOR, LO QUE OCURRA PRIMERO.

		NÚMERO DEL DOCUMENTO		TÍTULO DEL DOCUMENTO		PARA SER USADO (NEGOCIADO,OFICINA, DIVISIÓN, ETC)		AUTORIZADO A FIRMAR COMO (OFICIAL PAGADOR COMPRADOR, ETC.)	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									