

Departamento o Dependencia

Fecha

Unidad o Programa

Dirección

Original-Oficial Pagador Especial  
1ra Copia-Negociado de Intervenciones  
2da Copia-Banco

**SOLICITUD Y NOMBRAMIENTO DE OFICIAL PAGADOR**

**ESPECIAL**       **AUXILIAR**       **SUST. DE OPE**       **SUST. DE OPE AUXILIAR**

HON. SECRETARIO DE HACIENDA  
SAN JUAN, PUERTO RICO

Solicito se extienda nombramiento a \_\_\_\_\_ (Nombre) como Oficial Pagador  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ para ser efectivo en \_\_\_\_\_.

En caso de que el nombramiento sea de Oficial Pagador Auxiliar especifique si es para actuar como:  
 ayudante o como  sustituto o para efectuar pagos mediante  caja menuda  cuenta bancaria

Puesto que desempeña y oficina a que pertenece	Núm. de Empleado <input type="checkbox"/> Por Contrato	Status <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Transitorio
--	---	---

**PREPARACIÓN Y EXPERIENCIA**

Preparación Académica: \_\_\_\_\_

Experiencia: \_\_\_\_\_  
Indique si tiene experiencia en la intervención de fondos públicos. (De ser necesario use una hoja adicional).

Razones por las cuales se solicita este nombramiento: \_\_\_\_\_

**PARA USO DE NOMBRAMIENTO DE OFICIAL PAGADOR ESPECIAL**

CERTIFICO que el nombramiento de este Pagador es necesario para el mejor funcionamiento de este Departamento o Dependencia; que la información que se ofrece sobre la preparación y experiencia de este candidato es correcta y la misma es suficiente para desempeñar las funciones que se le han de encomendar; que he investigado sus cualidades morales y de responsabilidad y las mismas son aceptables, y que la investigación que he realizado indica que en el desempeño de sus funciones oficiales anteriores a esta fecha nunca ha cometido una irregularidad.

Fecha

Jefe del Departamento o Dependencia o su Representante Autorizado

**PARA USO DE NOMBRAMIENTO OFICIAL PAGADOR AUXILIAR**

IMPORTE DE PAGOS MENSUALES	IMPORTE DEL ANTICIPO INICIAL	IMPORTE DE LA CAJA MENUDA	FECHA EN QUE EXPIRA EL NOMBRAMIENTO
----------------------------	------------------------------	---------------------------	-------------------------------------

Este nombramiento cancela el extendido al Oficial Pagador Auxiliar \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_

CERTIFICO que la información que se le ofrece sobre la preparación y experiencia de este candidato para el cargo de Oficial Pagador Auxiliar es correcta, y la misma es suficiente para desempeñar las funciones que se han de encomendar, que he investigado sus cualidades morales y de responsabilidad y las mismas son aceptables y que la investigación que he realizado indica que en el desempeño de sus funciones oficiales a esta fecha nunca ha cometido una irregularidad.

Oficial Pagador Especial

CERTIFICO que el nombramiento de este Oficial Pagador Auxiliar es necesario para el mejor funcionamiento de esta dependencia por lo que apruebo esta solicitud; y entiendo que será nuestra responsabilidad salvaguardar los fondos públicos que se le anticipen al Oficial Pagador Auxiliar para efectuar pagos mediante el sistema de caja menuda.

Jefe del Departamento o su Representante Autorizado

\*Consérvese hasta pasadas dos intervenciones del Contralor después de haber cesado el Pagador en su puesto.

