Universidad de Costa Rica

Vicerrectoría de Administración

Oficia Recursos Humanos

A TODA LA COMUNIDAD LABORAL

Se les informa que la funcionaria **María Teresa Vega Molina,** cédula 3-315-937**,** quien labora en la Contraloría Universitaria, solicita ayuda para su sobrino Juan Pablo Ureña Pérez, (8 años) quien presenta desde su nacimiento una cardiopatía congénita llamada “Atresia Tricuspídea”, y requiere una tercera cirugía llamada Fontan, pero debido a su complejidad y riesgos se debe llevar fuera del país al Hospital Johns Honkinps en Baltimore, Meryland, Estados Unidos y el costo total de la operación asciende a $70.000.00 (setenta mil dólares) por lo tanto, la Vicerrectoría de Administración según VRA-3092-2014 y esta Oficina con la valoración respectiva, se dirige a usted para solicitarle participar en la CAMPAÑA DE DONACIÓN, para colaborar económicamente con dicha funcionaria en este importante asunto humanitario.

Dicha Campaña tendrá un plazo de tres meses, cuya deducción será en los meses de Agosto, Setiembre y Octubre del 2014.

Seguidamente, se incluye una boleta donde deberá indicar sus datos personales, con el fin de que la Oficina de Recursos Humanos aplique como rebajo de planilla en los términos precisos, el monto que usted autorice. Además, la recepción de las boletas estará a cargo de la Sra. María Teresa Vega Molina, correo electrónico: maria.vegamolina@.ucr.ac.cr, quien enviará el resumen de los datos a esta Oficina en el tiempo y forma que se indique.

Atentamente,

Dr. Carlos Arrieta Salas

Director

**Oficina de Recursos Humanos**

Cc : Vicerrector de Administración

Oficina de Administración Financiera

Controlaría Universitaria

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

BOLETA

Deducción N° 406: AYUDA AL NIÑO: JUAN PABLO UREÑA PÉREZ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Primer Apellido*** | ***Segundo Apellido*** | ***Nombre completo*** | ***N° Cédula*** |
|  |  |  |  |
| Autorizo para que se rebaje de mi salario el monto de: ¢\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Por el período de: | 1 mes ⌂ | 2 meses ⌂ | 3 meses ⌂ |