



Oficina/Departamento/Programa

____ / ____ / ____
Día / Mes / Año

Autoridad Nominadora

SOLICITUD DE COMPENSACIÓN ADICIONAL

Solicito su visto bueno para otorgar la siguiente compensación adicional:

Nombre

Oficina/Departamento/Programa

Rango o Clasificación

Preparación Académica

Tareas a Realizar

Periodo (Desde – Hasta) (Día – Mes – Año)

Horas por el periodo / horas semanales

Cuenta(s)

Cantidad a Pagar

Justificación

Director de Oficina/Departamento

Nombre / Firma / Fecha

Vo. Bo. Decanato al cual estará adscrito

Nombre / Firma / Fecha

Vo. Bo. Presupuesto o Contabilidad

Nombre / Firma / Fecha

Vo. Bo. Recursos Humanos

Nombre / Firma / Fecha

Vo. Bo. Autoridad Nominadora

Nombre / Firma / Fecha

Director de Programa (si aplica)

Nombre / Firma / Fecha

Vo. Bo. Oficina de Programas e Investigación Subvencionada (si aplica)

Nombre / Firma / Fecha