



**SOLICITUD DE COMPENSACIÓN ADICIONAL**

Fecha

Autoridad Nominadora

Solicito su visto bueno para otorgar la siguiente contratación:

Nombre  Ofic./Dept./Programa

Rango o Clasificación  Preparación Académica

Periodo: Desde  hasta  Horas por el periodo / horas semanales

Horario y día(s) a la semana dedicado(s) a la(s) tarea(s)

Cuenta(s)  Cantidad a Pagar

Propósito y Justificación

Director de Departamento, Oficina o Programa que recibe el servicio

Nombre

Firma

Fecha

MES/DÍA/AÑO

Revisión Reclutamiento/Transacciones - OADTH

Nombre

Firma

Fecha

MES/DÍA/AÑO

Revisión Área de Licencias - OADTH

Nombre

Firma

Fecha

MES/DÍA/AÑO

Decanato al cual estará adscrito

Nombre

Firma

Fecha

MES/DÍA/AÑO

Presupuesto o Contabilidad

Nombre

Firma

Fecha

MES/DÍA/AÑO

Director Recursos Humanos

Nombre

Firma

Fecha

MES/DÍA/AÑO

Director de Departamento, Oficina o Programa al cual está adscrito (si aplica)

Nombre

Firma

Fecha

MES/DÍA/AÑO

Oficina de Programas e Investigación Subvencionada (si aplica)

Nombre

Firma

Fecha

MES/DÍA/AÑO

Autoridad Nominadora

Nombre

Firma

Fecha

MES/DÍA/AÑO