



SOLICITUD DE COMPENSACIÓN ADICIONAL

Fecha

Autoridad Nominadora

Solicito su visto bueno para otorgar la siguiente contratación:

Nombre Ofic./Dept./Programa

Rango o #lasificación Preparación Académica

u k

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

Justificación

Director de Departamento, Oficina o Programa que recibe el servicio

Nombre Firma Fecha

Revisión Reclutamiento/Transacciones

Revisión Área de Licencias

DD/MMM/YYYY

Nombre Firma Fecha

Decanato al cual estará adscrito

DD/MMM/YYYY

Nombre Firma Fecha

Presupuesto o Contabilidad

DD/MMM/YYYY

Nombre Firma Fecha

Director Recursos Humanos

DD/MMM/YYYY

Nombre Firma Fecha

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

DD/MMM/YYYY

Nombre Firma Fecha

Oficina de Programas e Investigación Subvencionada (si aplica)

DD/MMM/YYYY

Nombre Firma Fecha

Autoridad Nominadora

DD/MMM/YYYY

Nombre Firma Fecha