



MOVIMIENTO DE COMPENSACIÓN

RECTOR GENERAL

FECHA	DÍA	MES	AÑO
-------	-----	-----	-----

NÚM.

ME PERMITO PRESENTAR A SU CONSIDERACIÓN EL MOVIMIENTO DE:
COMPENSACIÓN DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES DATOS:

ALTA

BAJA

CAMBIO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	NÚM. ECONÓMICO
UNIDAD	DIVISIÓN	DEPARTAMENTO	
ÁREA ACADÉMICA	CATEGORÍA Y NIVEL ACTUAL	ESTRUCTURA ORGÁNICO-PROGRAMÁTICA	

PUESTO	NOMBRE DEL PUESTO CON ADSCRIPCIÓN		
HORARIO:	A PARTIR DEL	DÍA	MES AÑO

NÚMERO DE PLAZA
VERIFICACIÓN CONTROL PLANTILLA UNIDAD
SELLO Y FIRMA

OBSERVACIONES Y FUNCIONES A REALIZAR:

SUBDIRECCIÓN DE PERSONAL
SELLO Y FIRMA

DEPENDENCIA SOLICITANTE
NOMBRE Y FIRMA

Vo. Bo. SECRETARÍA DE UNIDAD
NOMBRE Y FIRMA

AUTORIZÓ: SECRETARÍA GENERAL
NOMBRE Y FIRMA