

SOLICITUD PARA EL PAGO DE TIEMPO EXTRAORDINARIO

BASE	CONFIANZA	FECHA	DÍA	MES	AÑO	QNA.	AÑO	FOLIO
------	-----------	-------	-----	-----	-----	------	-----	-------

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)		NÚM. ECONÓMICO	
UNIDAD		DIVISIÓN / COORDINACIÓN GENERAL		DIRECCIÓN			
DEPARTAMENTO / COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA		ÁREA ACADÉMICA / SECCIÓN ADMINISTRATIVA		PUESTO Y NIVEL			
JORNADA NORMAL DE TRABAJO	DÍAS	DE	A	HORAS	DE	A	ESTRUCTURA ORGÁNICO - PROGRAMÁTICA

DÍA	No.	MES	NÚM. HRS.	JUSTIFICACIÓN				DESCRIPCIÓN			
L											
M											
M											
J											
V											
S											
D											
TOTAL				DOBLES		TRIPLES		JORNADA EXTRAORDINARIA		PRIMA DOMINICAL	

PERSONA TITULAR DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA

PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN O COORDINACIÓN

NOMBRE Y FIRMA

T1 ÁREA DE RECURSOS HUMANOS DE UNIDAD
T2 DEPENDENCIA SOLICITANTE
T3 INTERESADO

* Los campos sombreados en gris son para uso exclusivo del área de la Dirección de Recursos Humanos