|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÁREA SOLICITANTE:** | | **1** | | **ZONA PAGADORA:** | **2** |
| **SUPERIOR JERÁRQUICO:** | | **3** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **NOMBRE** | **RFC** | **NO. DE EMP.** | **TIPO DE PLAZA**  **DOCENTE/APOYO** | **ÁREA DE ADSCRIPCIÓN** | **ACTIVIDAD QUE REALIZA EN EL ÁREA** | **JUSTIFICACIÓN** | **HORAS QUINCENALES** | | | **PERIODO** |
| **ASIGNADAS** | **SOLICITADAS**  **Y/O MODIFICACIÓN Y/O REDUCCIÓN** | **TOTAL A PAGAR** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITA** |  | **Vo.Bo.** |  | **AUTORIZA** |
|  |  |  |  |  |
| **(Nombre, cargo y firma)** |  | **Director de Área**  **(Nombre, cargo y firma)** |  | **Secretaría de área, Coordinación General o Abogado General**  **(Nombre, cargo y firma)** |

| **INSTRUCTIVO DE LLENADO SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE TIEMPO EXTRAORDINARIO** | | |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Concepto** | **Acción** |
| 1 | Área solicitante | Indicar el nombre del área que solicita. |
| 2 | Zona pagadora | Indicar el número de identificación del área. |
| 3 | Superior jerárquico | Indicar si es Secretaría de Área, Coordinación General o Abogado General |
| 4 | Número | Número consecutivo de los trabajadores enlistados. |
| 5 | Nombre | Indicar el nombre completo del trabajador. |
| 6 | Registro Federal de Contribuyentes | Indicar el Registro Federal de Contribuyentes como aparece impreso en el CFDI de cada trabajador. |
| 7 | Número de empleado | Indicar el número de empleado que del trabajador. |
| 8 | Tipo de plaza | Indicar si el trabajador tiene plaza docente o PAAE. |
| 9 | Área de adscripción | Señalar la División a la que pertenece el trabajador. |
| 10 | Actividad que realiza en el área | Descripción breve de la actividad que realiza dentro de su jornada laboral ordinaria. |
| 11 | Justificación | Descripción breve del motivo por el cual se solicitan las horas extras. |
| 12 | Asignadas | Número de horas que tiene autorizadas (en caso de ser una solicitud inicial, se deberá dejar en blanco). |
| 13 | Solicitadas y/o modificación y/o reducción | Número de horas solicitadas nuevas o adicionales a las asignadas; o en su caso, número de horas que se disminuirán. |
| 14 | Total a pagar | Suma total de las horas asignadas y horas solicitadas y/o modificadas y/o reducidas que se aplicarán conforme a la fecha de solicitud. |
| 15 | Periodo | Indicar los efectos en los que se deberá de aplicar el pago. |
| 16 | Solicita | Nombre, cargo y firma de la persona encargada de solicitar el trámite. |
| 17 | Vo.Bo. | Nombre, cargo y firma de la persona que valida el trámite. |
| 18 | Autorización | Es responsabilidad de la persona Titular de la Secretaría de área correspondiente u homólogo, la autorización de la jornada extraordinaria a su personal. |