|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **Clave de trabajador UAQ:** |  |
| **RFC:** |  |
| **CURP:** |  |
| **Domicilio:** |  |
| Atentamente solicito se autorice la compatibilidad para desempeñar los siguientes puestos, cargos, comisiones o la prestación de servicios profesionales por honorarios, informando que el puesto que ocupo actualmente es: | |
| Institución “A” que certifica los datos del puesto actual: |  |
| **Fecha de alta:** |  |
| **Tipo de nombramiento:** |  |
| **Remuneración actual y Honorarios:** |  |
| **Partida y clave presupuesta:** |  |
| **Ubicación del centro de trabajo, horario y tiempo de traslado:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puesto o Contrato** | **Código Presupuestal o grupo, grado o nivel** | **Unidad de adscripción, nombre, clave y ubicación del centro de trabajo** | **Fecha de alta** | | | **Tipo de nombramiento** | **Remuneración Actual y Honorarios** | **Partida y clave presupuestal** | **Ubicación del Centro de Trabajo, Horario y tiempo de traslado** |
| **Día** | **mes** | **año** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Institución “B” que valida los datos del puesto o contrato a desempeñar:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puesto o Contrato** | **Código Presupuestal o grupo, grado o nivel** | **Unidad de adscripción, nombre, clave y ubicación del centro de trabajo** | **Fecha de alta** | | | **Tipo de nombramiento** | **Remuneración Actual y Honorarios** | **Partida y clave presupuestal** | **Ubicación del Centro de Trabajo, Horario y tiempo de traslado** |
| **Día** | **mes** | **año** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 136 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, declaro bajo protesta de decir verdad que el horario en el que presto mis servicios a la Universidad Autónoma de Querétaro, no interfieren con las actividades del (PONER TIPO DE CARGO, COMISIÓN O SERVICIOS PROFESIONALES POR HONORARIOS, NOMBRAMIENTO O CONTRATO QUE DESEMPEÑA EN LA OTRA INSTITUCIÓN) en (PONER EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EN LA QUE LABORA ADEMÁS DE LA UAQ) y viceversa.

De conformidad con el artículo 138 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el otorgamiento será compatible, siempre y cuando el horario fijado para los mismos no interfiera entre sí, ni se genere conflicto de intereses en términos de las disposiciones aplicables.

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos asentados en este documento son verídicos.

Querétaro, Qro.; a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_

Nombre y firma del interesado

Certifico que la información proporcionada por el trabajador en el Centro de Trabajo a mi cargo, cuyos datos se asentaron en este documento es verídica.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre, cargo y firma Nombre, cargo y firma

Del titular del Centro de Trabajo "A" Del titular del Centro de Trabajo "B"

Se otorga autorización de compatibilidad a partir del \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_\_\_, misma que será válida hasta en tanto no cambien los motivos que sirvieron de base para su otorgamiento.

**Nivel de revisión 01**

NOTA: Este documento deberá contar con el sello de ambas instituciones.