

CONTINUACIÓN DE LA VIGENCIA O PRÓRROGA DE LA BECA AL RECONOCIMIENTO DE LA CARRERA DOCENTE

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

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)	No. DE EMPLEADO
CLASIFICACIÓN	CATEGORÍA Y NIVEL	TIEMPO DE DEDICACIÓN	
UNIDAD	DIVISIÓN	DEPARTAMENTO	

<p>POR ENCONTRARSE EN:</p> <p>1. PERÍODO SABÁTICO <input type="checkbox"/></p> <p>2. LICENCIA CON GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/></p> <p>3. INCAPACIDAD MÉDICA <input type="checkbox"/></p>	<p>DOCUMENTOS QUE ANEXA</p> <p>- AUTORIZACIÓN DE SABÁTICO <input type="checkbox"/></p> <p>- AUTORIZACIÓN DE LICENCIA CON GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/></p> <p>- INCAPACIDAD MÉDICA <input type="checkbox"/></p>
<p>PERÍODO</p> <p>DEL DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO AL</p>	

<p>POR HABER CONCLUIDO (PRÓRROGA):</p> <p>1. PERÍODO SABÁTICO <input type="checkbox"/></p> <p>2. LICENCIA CON GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/></p>				<p>3. INCAPACIDAD MÉDICA <input type="checkbox"/></p> <p>4. BECA PARA ESTUDIOS DE POSGRADO <input type="checkbox"/></p>			
FECHA DE REINCORPORACIÓN	DÍA	MES	AÑO	ÚLTIMA BECA OTORGADA POR CONSEJO DIVISIONAL	AÑO		

POR ESTE CONDUCTO Y CON EL PROPÓSITO DE SATISFACER LA CONDICIÓN PREVISTA EN EL ARTÍCULO 274-2 DEL RIPPPA, ME COMPROMETO A PERMANECER EN LA UNIVERSIDAD PARA IMPARTIR DOCENCIA POR EL PERÍODO DEL DÍA _____ / MES _____ / AÑO _____ AL DÍA _____ / MES _____ / AÑO _____ .

DE NO CUMPLIR CON LO ANTERIOR ACEPTO REINTEGRAR LOS MONTOS QUE HUBIESE RECIBIDO POR CONCEPTO DE PRÓRROGA EN EL PERÍODO ANTES SEÑALADO, POR LO QUE AUTORIZO A LA UNIVERSIDAD A REALIZAR LOS AJUSTES CORRESPONDIENTES EN LAS OTRAS MEDIDAS DE PERMANENCIA QUE EN ESE MOMENTO O EN EL FUTURO OBTENGA.

INTERESADO

NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDAD

JEFE DE DEPARTAMENTO

NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO

SECRETARÍA ACADÉMICA

NOMBRE Y FIRMA

T1 DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
T2 DIPPPA
T3 SECRETARÍA ACADÉMICA