

# FORMATO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEOS



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

①
②
③
④

Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre (s)      R.F.C.

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:

Firma: ⑤

**Institución 1 que certifica los datos del puesto actual** ⑥

Puesto o Contrato	Código presupuestal o Grupo, grado y nivel	Unidad de Adscripción Ubicación del Centro de Trabajo	Fecha de Alta			Tipo de Nombramiento	Remuneración del puesto	Partida y Clave presupuestal	Ubicación del centro de trabajo, horario y tiempo de traslado(*).
			Día	Mes	Año				
⑦	⑧	⑨		⑩		⑪	⑫	⑬	⑭

**(\* Los contratos de honorarios únicamente deberán establecer las fechas de inicio y término del contrato, así como la(s) fecha(s) de entrega(s) parciales y/o totales de los productos o servicios correspondientes.**

**Institución 2 que valida los datos del puesto o contrato a desempeñar:** ⑮

Puesto o Contrato	Código presupuestal o Grupo, grado y nivel	Unidad de Adscripción Ubicación del Centro de Trabajo	Fecha de Alta			Tipo de Nombramiento	Remuneración Actual y de Honorarios	Partida y Clave presupuestal	Ubicación del centro de trabajo, horario y tiempo de traslado(*).
			Día	Mes	Año				
⑯	⑰	⑱		⑲		⑳	㉑	㉒	㉓

**(\* Los contratos de honorarios únicamente deberán establecer las fechas de inicio y término del contrato, así como la(s) fecha(s) de entrega(s) parciales y/o totales de los productos o servicios correspondientes.**

- a) De conformidad con lo dispuesto en los artículos 136 y 137 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, se otorga la presente AUTORIZACIÓN de Compatibilidad ⑳  
a partir del Día      Mes      Año misma que será válida hasta en tanto no cambien los supuestos arriba mencionados que sirvieron de base para su otorgamiento.
- b) De conformidad con lo dispuesto en los artículos 136 y 137 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, NO SE OTORGA LA AUTORIZACIÓN de Compatibilidad, debido a que no reúne los requisitos establecidos.

CERTIFICÓ

⑳

DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN 1

㉑

NOMBRE Y FIRMA DGRH o EQUIVALENTE

VALIDÓ

㉒

DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN 2

㉓

NOMBRE Y FIRMA DGRH o EQUIVALENTE

\*En caso que el dictámen corresponda a la DGOR, este formato deberá tener anexo el oficio correspondiente.

㉔ **NOTA: Este documento deberá contar con el sello de ambas instituciones.**

# FORMATO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEOS



## 30 LISTA CHECABLE

	<u>INSTITUCIÓN 1</u>		<u>INSTITUCIÓN 2</u>	
<b>I. SE HACE CONSTAR QUE:</b>				
Se cuenta con la descripción y perfil del puesto que el solicitante ocupa actualmente.	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
Se cuenta con la descripción y perfil del puesto que se pretende ocupar.	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
<b>II. LAS FUNCIONES A DESARROLLAR EN LOS PUESTOS:</b>				
a) ¿Son excluyentes entre sí?	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
b) ¿Implican o pudieran originar conflicto de intereses?	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
<b>III. EXISTE LA POSIBILIDAD DE DESEMPEÑAR LOS PUESTOS ADECUADAMENTE EN RAZÓN DE:</b>				
* a) El horario y jornada de trabajo que a cada puesto corresponde:	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
b) Las particularidades, características, exigencias y condiciones de los puestos de que se trate:	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
* c) La ubicación de los centros de trabajo y del domicilio del servidor público:	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
d) ¿El servidor público manifestó expresamente no contar con licencia (con o sin goce de sueldo).?	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
e) ¿Existe prohibición legal o contractual para emitir la compatibilidad?	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
f) Las remuneraciones a percibir con la presente compatibilidad rebasan el límite establecido en el art. 127 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es decir:				
▶ ¿La remuneración es mayor a la establecida para el Presidente de la República en el presupuesto correspondiente?	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
▶ ¿La remuneración es igual o mayor que su superior jerárquico?	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
g) ¿Se trata de un trabajo técnico calificado o de alta especialización?	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
h) El número de horas en actividades o funciones docentes, si son frente a grupo o están referidas a las categorías directiva o de supervisión, además de los horarios asignados y los lugares en que habrá de realizarse.	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del analista: \_\_\_\_\_

Firma del analista: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del analista: \_\_\_\_\_

Firma del analista: \_\_\_\_\_