**ANEXO Q. Formato de oficio de solicitud de cambios de rubros autorizados**

HOJA MEMBRETADA OFICIAL DEL PLANTEL REMITENTE

Lugar y Fecha

OFICIO No.

**Nombre del/de la Responsable**

**Dirección de Posgrado, Investigación e Innovación Tecnológica**

**Tecnológico Nacional de México**

**Presente**.

AT´N.: Nombre del/ de la Responsable

Área de Fortalecimiento Académico

Por medio del presente me permito solicitar CAMBIOS DE RUBROS AUTORIZADOS del recurso del Programa para el Desarrollo Profesional Docente correspondientes a: NOMBRE DEL BENEFICIARIO (individual o del Cuerpos Académico con clave), de la NOMBRE DE LA CONVOCATORIA Y AÑO DE ASIGNACIÓN, los cambios solicitados son los siguientes:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONCEPTO** | **ID ACTIVIDAD** | **ID RECURSO** | **CARTA DE LIBERACIÓN: 511-6/17-8906** | | | **SALDO** |
| **LIBERADO** | **NUEVO ABONO A LA SOLICITUD (+)** | **NUEVO CARGO A LA SOLICITUD (-)** |
| EQUIPO DE COMPUTO | 22993 | 59526 | 40,000.00 | 10,000.00 |  | 50,000.00 |
| FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS | 22993 | 59519 | 30,000.00 | 20,000.00 |  | 50,000.00 |
| GASTOS DE TRABAJO DE CAMPO |  |  | 0.00 | 10,000.00 |  | 10,000.00 |
| ESTANCIAS CORTAS DE PROFESORES | 22993 | 59524 | 40,000.00 |  | 15,000.00 | 25,000.00 |
| EQUIPO DE LABORATORIO | 23018 | 59570 | 20,000.00 |  | 20,000.00 | 0.00 |
| HERRRAMIENTAS Y ACCESORIOS | 22993 | 59536 | 5,000.00 |  | 5,000.00 | 0.00 |
| ASISTENCIA A CONGRESOS | 22993 | 59520 | 50,000.00 | SIN CAMBIO | | 50,000.00 |
| CONSUMIBLES MENORES | 22993, 23013, 23024 Y 23028 | 59539 59558, 59579 Y 59593 | 20,000.00 | SIN CAMBIO | | 20,000.00 |
| PROFESORES VISITANTES |  |  | 35,000.00 | SIN CAMBIO | | 35,000.00 |
| ESTANCIAS CORTAS DE PROFESORES | 23028 | 59584 | 60,000.00 | SIN CAMBIO | | 60,000.00 |
| **TOTAL** |  |  | **300,000.00** |  |  | **300,000.00** |

Anexo copia de la Carta de Liberación del recurso.

Sin otro particular por el momento, quedo de Usted para cualquier duda o aclaración.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE**

**REPRESENTANTE INSTITUCIONAL DEL PRODEP**

C.c.p. RIP

Archivo