



SOLICITUD DE LIQUIDACIÓN DE HORAS EXTRAS

DÍA	MES	AÑO

Inspección/División.....

Dpto.....Oficina.....Período.....CUPO.....

NOMBRE Y APELLIDO	Nº FICHA DE COBRO	CARGA HORARIA	HORAS EXTRAS A COMPLETAR POR OFICINA DE ORIGEN						HORAS EXTRAS A COMPLETAR POR DPTO. PERS. NO DOCENTE								
			Total de horas	Partidas de:			Pagos	Otros	Total de horas	Partidas de:			Pagos	Otros			
				Alimentación						20%	40%	Ext.			20%	40%	Ext.
				20%	40%	Ext.											

Se recuerda que está vigente el Acta Nº 58, Resolución Nº 35 del 02/09/97 de CODICEN.

SELLO DE LA OFICINA

_____ **FIRMA JEFE**

<p>DEPARTAMENTO DE PERSONAL NO DOCENTE Se hace constar que la cantidad de horas a liquidar son las informadas por este Departamento.</p>		<p>...../...../..... Fecha</p>
<p>_____</p> <p>V° B° Jefe de Personal No Docente</p>	<p>┌ — — ┐ SELLO └ — — ┘</p>	<p>_____</p> <p>Firma Funcionario</p>