



# 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**

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