

SOLICITUD DE LIQUIDACIÓN DE HORAS EXTRAS

Oficina.....

Dpto:.....Período.....CUPO.....

| NOMBRE Y APELLIDO | C.I. | N° FICHA DE COBRO | CARGA HORARIA | HORAS EXTRAS A COMPLETAR POR OFICINA DE ORIGEN | | | | | | A completar por Dpto. No Docente Total de horas | |
|-------------------|------|-------------------|---------------|---|--------------------------|-----|------|-------|--------------------------------------|--|--|
| | | | | Total de horas | Partidas de alimentación | | | Pagos | Fechas en que se realizaron partidas | | |
| | | | | | 20% | 40% | Ext. | | | | |
| | | | | | | | | | Mes: | | |
| | | | | | | | | | Mes: | | |
| | | | | | | | | | Mes: | | |
| | | | | | | | | | Mes: | | |
| | | | | | | | | | Mes: | | |
| | | | | | | | | | Mes: | | |
| | | | | | | | | | Mes: | | |
| | | | | | | | | | Mes: | | |
| | | | | | | | | | Mes: | | |
| | | | | | | | | | Mes: | | |

Se recuerda que está vigente el Acta N° 5, resolución N° 35 del 02/09/97 de CODICEN

FIRMA JEFE

SELO DE LA OFICINA

DEPARTAMENTO DE PERSONAL DOCENTE

Se hace constar que la cantidad de horas a liquidar son las informadas por este Departamento

...../...../.....
Fecha

V° B° Jefe de Personal No Docente

SELO

Firma Funcionario