

HORAS EXTRA

Correspondiente: Mes / Año _____

Los movimientos que no tengan la firma de la autoridad competente no serán válidos.

NOMBRE FUNCIONARIO/A:

	C.I.	
--	-------------	--

FECHA	DESDE	HASTA	FIRMA SUP.

FIRMA DEL FUNCIONARIO/A

CONTROL SECCION PERSONAL

HORAS EXTRA

Correspondiente: Mes / Año _____

Los movimientos que no tengan la firma de la autoridad competente no serán válidos.

NOMBRE FUNCIONARIO/A:

	C.I.	
--	-------------	--

FECHA	DESDE	HASTA	FIRMA SUP.

FIRMA DEL FUNCIONARIO/A

CONTROL SECCION PERSONAL

