FORMULARIO TIEMPO EXTRAORDINARIO
DRH-FOR-01-DRH-010
DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

CÉDULA No _____

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: _____ (1 Apellido) _____ (2 Apellido) _____ (Nombre completo)

NOMBRE DEL PUESTO: _____

CLASE DE PUESTO: _____

DIRECCIÓN REGIONAL: _____

DEPARTAMENTO: _____

ÁREA Y/O UNIDAD: _____

NÚMEROS DE TELÉFONO DE LA OFICINA: _____ **NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR:** _____

CORREO ELECTRÓNICO DEL MEP: _____

MES AL COBRO: _____ **HORARIO:** _____

DESGLOSE DE HORAS EXTRAORDINARIAS MENSUALES							
DIA	**FECHA**	**ENTRADA**	**SALIDA**	**H1**	**H2**	**H3**	**JUSTIFICACION DE TIEMPO EXTRAORDINARIO**
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
	11						
	12						
	13						
	14						
	15						
	16						
	17						
	18						
	19						
	20						
	21						
	22						
	23						
	24						
	25						
	26						
	27						
	28						
	29						
	30						
	31						
SUMATORIA DE HORAS EXTRAS							**OBSERVACIONES:**
SE AUTORIZA EL COBRO DE LAS SIGUIENTES HORAS EXTRAS							

_____
FIRMA DEL INTERESADO

_____ (NOMBRE DEL JEFE QUE AUTORIZA) _____ (FIRMA DEL JEFE QUE AUTORIZA) _____ (SELLO)