



**CERTIFICACIÓN DE TIEMPO EXTRA TRABAJADO Y AUTORIZACIÓN
 PARA EL PAGO DE HORAS EXTRA**

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____ NÚM. SEGURO SOCIAL: ____ - ____ - ____
 PUESTO: _____ DEPARTAMENTO: _____
 SUELDO MENSUAL: \$ _____ SUELDO POR HORA: \$ _____ SUELDO A TIEMPO Y MEDIO: \$ _____
 SUELDO A TIEMPO DOBLE: \$ _____ RAZÓN PARA EL PAGO: _____

	Año Fiscal	RUM	Fondo	# de Cuenta	Objeto Gasto	<u>LEYENDA</u>	<u>CÓDIGO INGRESO</u>
NÚMERO DE CUENTA:	____ -	____	____	____	____	S = TIEMPO SENCILLO	135
						R = TIEMPO Y MEDIO	140
						D = TIEMPO DOBLE	145

DETALLE HORAS EXTRA TRABAJADAS

SEMANA TERMINA	L	M	MI	J	V	S	D	TOTAL HORAS EXTRA	CÓDIGO DE INGRESO	COSTO
TOTAL A PAGAR										

CERTIFICO QUE EL TRABAJO EXTRA REALIZADO POR ESTE EMPLEADO NO PUDO COMPLETARSE DENTRO DE SU HORARIO REGULAR. QUE EL PAGO RECLAMADO NO HA SIDO EFECTUADO POR LO CUAL RECOMENDAMOS A LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS QUE AUTORIZA EL MISMO.

FECHA

SUPERVISOR INMEDIATO

FECHA

DIRECTOR DE DEPARTAMENTO

SE AUTORIZA EL PAGO DE LAS HORAS EXTRA ARRIBA MENCIONADAS A TENOR CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y REGLAMENTARIAS AL EFECTO.

FECHA

DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

FECHA

RECTOR