



AUTORIZACION PARA TRABAJAR TIEMPO EXTRA

OFICINA _____

NOMBRE EMPLEADO _____

NUMERO DE EMPLEADO _____

PUESTO _____

FECHA EN QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS _____

FUE AUTORIZADO A TRABAJAR TIEMPO EXTRA POR LA SIGUIENTE RAZON

(Favor de ser específico)

NOTA: El tiempo estimado debe ser disfrutado en o antes de los treinta (30) días calendario

Supervisor

Fecha

Director

Fecha

Autorizo la acumulación del tiempo trabajado en exceso a la jornada regular diaria o semanal indicada en este documento.

NOTA: cuando el supervisor y director sea el mismo, firma en ambos espacios

Decano(a) Facultad o Representante Autorizado

Fecha

Llénese en original y copia. El original deberá acompañar cada registro de asistencia correspondiente al periodo autorizado a trabajar tiempo extra. La copia debe retenerse en los expedientes de la Unidad.