Villavicencio, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

Señor

**(NOMBRE DEL FUNCIONARIO)**

(Cargo)

**Referencia**: Autorización de trabajo suplementario.

Respetado señor:

Por medio de la presente me permito informarle que deberá realizar trabajo suplementario, cumpliendo las funciones que se relacionan a continuación;

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Lo anterior deberá desarrollarse en las siguientes fechas y horarios:

Desde el \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_ al \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

En el horario de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VoBo. Jefe Inmediato |  | VoBo. Jefe de Personal |

|  |
| --- |
| Funcionario |