

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE SUCRE



GOBERNACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

FORMATO DE CERTIFICACION DE HORAS EXTRAS

Nombre Establecimiento _____	
Código DANE _____	Municipio _____
Dirección _____	Teléfono _____
Mes Reportado _____	

Jornada
Diurna <input type="checkbox"/> Vespertina <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Sabatina <input type="checkbox"/>

RELACION DE DOCENTES

Cedula	Nombres	Apellidos	Asignadas Semanales	Laboradas Mensuales

Nombre Rector - Director _____
Firma _____

Fecha de Recepción _____
(Para uso exclusivo de Atención Al Ciudadano de la Secretaría de Educación)