Bogotá, D.C Fecha: Día/Mes/Año

Doctor:

**NOMBRE**

Cargo

Ciudad

Respetado Doctor:

Atentamente certifico el cumplimiento de labores del personal asignado a mi cargo así:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dependencia. |  | |
| Mes Reportado: | Mes | Año |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Funcionarios que Laboraron** | | |
| Apellidos y Nombres | Documento de Identidad | Cargo |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Hubo incapacidades (I) y/o Licencias (L)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I | L | Apellidos y Nombres | Documento de Identidad | Cargo | Fecha Radicación Incapacidad/ No. Resolución autorizando licencia |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Cordialmente,

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Responsable

Cargo

Elaboró: