**CARTA ACUERDO**

**Otras Labores**

En Santiago de Chile, a XX de mes de 2024, entre las partes **(NOMBRE Y RUT DEL JEFE DE PROGRAMA, UNIDAD O DEPARTAMENTO),** y el **Sr. (NOMBRE COMPLETO Y RUT de a quien se le cancelan las HHEE)** se deja constancia que el funcionario estará cumpliendo HORAS EXTRAS en (Describir programa, unidad o departamento), realizando las siguientes responsabilidades:

(Indicar funciones a realizar)

El pago de estas horas extraordinarias antes mencionadas se extenderá entre XX de XXXX de 2024 hasta XX de XXXX de 2024 (indicar y especificar días, fechas y horas, etc.). El valor a pagar corresponde a XX horas con un recargo de (50% o 100 %).

El pago será cancelado al final de cada mes por medio del concepto de horas extras, de acuerdo a la fecha informada en su liquidación de sueldo.

Además, se deja constancia que este pago no da derecho alguno a indemnización o a ajuste salarial permanente.

En conformidad con lo anterior mencionado y en señal de acuerdo mutuo las partes firman el presente documento en todos sus ejemplares.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Jefatura Nombre Funcionario

Rut Rut