

## CONTRALOR DE ASISTENCIA

Los movimientos que no tengan la firma de la autoridad competente no serán válidos.

Correspondiente: **Mes / Año** \_\_\_\_\_

**NOMBRE FUNCIONARIO/A:**

			<b>C.I.</b>	
--	--	--	-------------	--

**RÉGIMEN Y HORARIO:**

Fijo	Flex	G		
------	------	---	--	--

### CAMBIO DE HORARIO

FECHA	DESDE	HASTA	FIRMA SUP.

### OMISIONES

FECHA	ENTRADA	SALIDA	FIRMA SUP.	FIRMA DIR.

### ARTICULO 15

FECHA	DESDE	HASTA	FIRMA SUP.

### ACH (Autorización Compensar Horas)

FECHA	DESDE	HASTA	FIRMA SUP.	FIRMA DIR.

FIRMA DEL FUNCIONARIO/A

DEVUELTO

CONTROL SECCION PERSONAL

## CONTRALOR DE ASISTENCIA

Los movimientos que no tengan la firma de la autoridad competente no serán válidos.

Correspondiente: **Mes / Año** \_\_\_\_\_

**NOMBRE FUNCIONARIO/A:**

			<b>C.I.</b>	
--	--	--	-------------	--

**RÉGIMEN Y HORARIO:**

Fijo	Flex	G		
------	------	---	--	--

### CAMBIO DE HORARIO

FECHA	DESDE	HASTA	FIRMA SUP.

### OMISIONES

FECHA	ENTRADA	SALIDA	FIRMA SUP.	FIRMA DIR.

### ARTICULO 15

FECHA	DESDE	HASTA	FIRMA SUP.

### ACH (Autorización Compensar Horas)

FECHA	DESDE	HASTA	FIRMA SUP.	FIRMA DIR.

FIRMA DEL FUNCIONARIO/A

DEVUELTO

CONTROL SECCION PERSONAL

