



**CONTRALOR de ASISTENCIA NO DOCENTE**  
(COMPLEMENTO DE TARJETA)

Nº de Tarjeta

Depto./Sección

Nombre

Mes

Año

COMISION ó SALIDA AUTORIZADA	Día/s _____	Horario _____	Motivo: _____	
	_____	o cantidad _____	_____	
	_____	de horas _____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
ART. 15	Día ____ Hora _____	Día ____ Hora _____		
	Día ____ Hora _____	Día ____ Hora _____		
CAMBIO DE HORARIO	Día/s _____	Horario _____		
	_____	a cumplir _____		
	_____	_____		
COMPENSABLE	Día/s _____	Horario _____	Informe _____	
	_____	o cantidad _____	Sección _____	
	_____	de horas _____	Personal _____	
MARCADAS INCOMPLETAS	Día ____ Hora _____	Día ____ Hora _____	Día ____ Hora _____	Día ____ Hora _____
	Firma Funcionario solicitante		Firma Supervisor y Aclaración	
				SECCION _____
				PERSONAL _____