



**CONTRALOR de ASISTENCIA DOCENTE**  
(COMPLEMENTO DE TARJETA)

Nº de Tarjeta

Depto./Sección

Nombre

Mes

Año

COMISION  
ó  
SALIDA  
AUTORIZADA

Día/s

Horario  
o cantidad  
de horas

Motivo:

ACTIVIDAD  
DOCENTE  
EXTRAMURO

Día/s

Horario  
o cantidad  
de horas

Motivo:

COMPENSABLE

Día/s

Horario  
o cantidad  
de horas

Motivo:

MARCADAS  
INCOMPLETAS

Día

Hora

Día

Hora

Día

Hora

Día

Hora

Autorizado: SI

No

Firma Funcionario solicitante

Firma Supervisor y Aclaración

CONTROL

SECCION

PERSONAL