



CONTRALOR DE ASISTENCIA NO DOCENTE (COMPLEMENTO DE TARJETA)			Nro Tarjeta
Departamento o Sección	Nombre	Mes	Año
Correo del funcionario		Correo del supervisor	

COMISIÓN O SALIDA AUTORIZADA				
COMISIÓN O SALIDA AUTORIZADA	Días	Horas	Motivo	

ARTÍCULO 15							
Día:		Día:		Día:		Día:	
Hora:		Hora:		Hora:		Hora:	

CAMBIO DE HORARIO								
Días								
Horario a cumplir								

COMPENSABLE								
Días								
Cantidad de horas								
Observación								

MARCAS INCOMPLETAS							
Día:		Día:		Día:		Día:	
Hora:		Hora:		Hora:		Hora:	



CONTROL SECCIÓN PERSONAL	VERIFICADO POR PERSONAL	