



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

Facultad de Medicina
Departamento de RRHH
CONTRALOR DE ASISTENCIA



CORRESPONDIENTE AL MES:

AÑO:

NOMBRE:		C.I*	
HORARIO:		RÉGIMEN:	CARGO/S
SERVICIO*:		FECHA DE EMISIÓN:	

SEMANA 1

DÍA	DESDE	HASTA	CÓDIGO	FIRMA JEFE *	FIRMA DIRECTOR *

SEMANA 2

DÍA	DESDE	HASTA	CÓDIGO	FIRMA JEFE *	FIRMA DIRECTOR *

SEMANA 3

DÍA	DESDE	HASTA	CÓDIGO	FIRMA JEFE *	FIRMA DIRECTOR *

SEMANA 4

DÍA	DESDE	HASTA	CÓDIGO	FIRMA JEFE *	FIRMA DIRECTOR *

* Campos obligatorios.

La firma de las/os Jefas/es y /o Directoras/es debe llevar aclaración de firma.



SEMANA 5

DÍA	DESDE	HASTA	CÓDIGO	FIRMA JEFE	FIRMA DIRECTOR

OMISIÓN DE REGISTRO	OMISIÓN DE REGISTRO	OMISIÓN DE REGISTRO
Hora entrada:..... <input type="text"/>	Hora entrada:..... <input type="text"/>	Hora entrada:..... <input type="text"/>
Hora salida:..... <input type="text"/>	Hora salida:..... <input type="text"/>	Hora salida:..... <input type="text"/>
Día:..... <input type="text"/>	Día:..... <input type="text"/>	Día:..... <input type="text"/>
Autorizado:.....	Autorizado:.....	Autorizado:.....

OMISIÓN DE REGISTRO	CAMBIO DE HORARIO	CAMBIO DE HORARIO
Hora entrada:..... <input type="text"/>	De: <input type="text"/>	De: <input type="text"/>
Hora salida:..... <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	A: <input type="text"/>
Día:..... <input type="text"/>	Día:..... <input type="text"/>	Día:..... <input type="text"/>
Autorizado:.....	Autorizado:.....	Autorizado:.....

COM	COMISIÓN	P ***	LICENCIA POR PATERNIDAD
ACH	AUT. COMPENSAR HORAS	MM	LICENCIA POR MATERNIDAD
CH	COMPENSACIÓN HORARIA	MAT ***	LICENCIA POR MATRIMONIO
CIR	CIRCULAR N°121	D ***	LICENCIA POR DUELO
ART	ARTÍCULO N°15	S	LICENCIA SOCIAL
EP	ARTÍCULO N°30	R	LICENCIA REGLAMENTARIA
DS ***	DONACIÓN DE SANGRE	RA	LICENCIA POR ANTIGÜEDAD
INC	INCENTIVO	M	LICENCIA MÉDICA
PAP ***	PAPANICOLAOU	E ***	LICENCIA POR ESTUDIO
MAM ***	MAMOGRAFÍA	CORTE ***	CORTE ELECTORAL
ART29	MUDANZA	*** SE NECESITA COMPROBANTE	

FIRMA FUNCIONARIO : _____

CONTROL SECCIÓN PERSONAL : _____