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			
	Días	Horas	Motivo
COMISIÓN O SALIDA AUTORIZADA			

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	