



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

COMISIÓN O SALIDA AUTORIZADA				
COMISIÓN O SALIDA AUTORIZADA	Días	Hr desde	Hr hasta	Motivo

ARTÍCULO 15							
Día:		Día:		Día:		Día:	
Hr desde:		Hr desde:		Hr desde:		Hr desde:	
Hr hasta:		Hr hasta:		Hr hasta:		Hr hasta:	

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	
--------------------------	-------------------------------	--

