



Día	Mes	Año

**Facultad de Medicina
Departamento de RRHH**

CONTRALOR DE ASISTENCIA

COMPLEMENTO DE TARJETA PARA PERSONAL

DOCENTE Y NO DOCENTE

Apellido		Nombre	
Cédula			

TIPO DE COMPLEMENTO

OMISIÓN DE REGISTRO

Tipo (Marque con una cruz)		Entrada	Salida
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha		Hora	

OLVIDO DE TARJETA

Fecha		Hora Entr.		Hora Sal.	
-------	--	------------	--	-----------	--

ACTIVIDAD FUERA DE FACULTAD

Fecha(s) y cantidad de horas	
Motivo	

Solicitante	
Firma	
Contrafirma	

Autorización (Jefe o Director de Depto.)	
Firma	
Contrafirma	