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: *						

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.

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
URUGUAY

Facultad de Medicina
Departamento de RRHH
CONTRALOR DE ASISTENCIA

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:.....	**Hora entrada:**.....	**Hora entrada:**.....
Hora salida:.....	**Hora salida:**.....	**Hora salida:**.....
Día:.....	**Día:**.....	**Día:**.....
Autorizado:.....	**Autorizado:**.....	**Autorizado:**.....

OMISIÓN DE REGISTRO	CAMBIO DE HORARIO	CAMBIO DE HORARIO
Hora entrada:.....	De:	De: .....
Hora salida:.....	A:	A: .....
Día:.....	**Día:**.....	**Día:**.....
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