

## CONTRALOR DE ASISTENCIA

Corresponde al mes de

Nombre:

Horario:

Día	Desde	Hasta	Código	F.Jefe	Director
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Los movimientos que no tengan la firma de la autoridad competente no serán válidos.

Año

C.I.:

Régimen:

Día	Desde	Hasta	Código	F.Jefe	Director
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

FIRMA DE FUNCIONARIO/A

CONTROL DE SECCIÓN PERSONAL

## CÓDIGOS

<b>R:</b>	Licencia reglamentaria	<b>P:</b>	Licencia paternidad*
<b>Ra.</b>	Licencia por antigüedad	<b>MM:</b>	Licencia matrimonio*
<b>INC:</b>	Licencia incentivo	<b>EP:</b>	Artículo 31**
<b>M:</b>	Licencia médica	<b>MAT:</b>	Licencia maternidad*
<b>E:</b>	Licencia estudiante*	<b>ART:</b>	Artículo 15
<b>D:</b>	Licencia por duelo*	<b>S:</b>	Licencia social
<b>CIR:</b>	Circular N.º 121	<b>A:</b>	Asueto
<b>COM:</b>	Comisión**	<b>LCE:</b>	Licencia Corte Electoral*
<b>ACH Aut.</b>	Compensar horas (+30' c/nota)	<b>MUD:</b>	Licencia por mudanza*
<b>CH:</b>	Compensación horaria	<b>RD:</b>	Licencia reglamentaria denegada
<b>P/M:</b>	PAP, MAM o PSA*	<b>RaD:</b>	Licencia antigüedad denegada
<b>DS:</b>	Donación de sangre*	<b>INCD:</b>	Licencia incentivo denegada

\* Adjuntar comprobante correspondiente.

\*\* Adjuntar comprobante o justificar en el siguiente recuadro.

Este formulario debe entregarse los primeros 10 días hábiles del mes.

## OMISIÓN DE REGISTRO

Entrada: _____	Entrada: _____	Entrada: _____
Salida: _____	Salida: _____	Salida: _____
Día: _____	Día: _____	Día: _____
Autorizado: _____	Autorizado: _____	Autorizado: _____

## CAMBIOS DE HORARIO

Horario de: _____	Horario de: _____	Horario de: _____
A: _____	A: _____	A: _____
Día: _____	Día: _____	Día: _____
Autorizado: _____	Autorizado: _____	Autorizado: _____

**Cambios de horarios permanentes se registran en su respectivo formulario.**