

CORRESPONDIENTE AL MES

AÑO

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDOS

NOMBRES

CÉDULA DE IDENTIDAD

--	--	--

SECCIÓN O SERVICIO

HORARIO

RÉGIMEN

--	--	--

Día	Desde	Hasta	Código	Firma Jefe/a
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

OMISIÓN DE REGISTRO	
<input type="text"/>	Horario de entrada
<input type="text"/>	Horario de salida
<input type="text"/>	Día
Autorizado	
.....	
<input type="text"/>	Horario de entrada
<input type="text"/>	Horario de salida
<input type="text"/>	Día
Autorizado	

CAMBIOS DE HORARIO	
<input type="text"/>	Horario de entrada
<input type="text"/>	Horario de salida
<input type="text"/>	Día
Autorizado	
.....	
<input type="text"/>	Horario de entrada
<input type="text"/>	Horario de salida
<input type="text"/>	Día
Autorizado	

CAMBIOS DE HORARIO PERMANENTE	
Nuevo horario: de <input type="text"/> hasta <input type="text"/>	
A partir del <input type="text"/>	
Autorizado	

CÓDIGOS

COM	Comisión	P	Paternidad
ACH	Aut.compensar horas	MM	Maternidad
CH	Compensación horaria	CE**	Control de embarazo
CIR	Circular N°. 121	MAT	Matrimonio
ART	Artículo N°. 15	D(***)	Duelo
EP	Artículo N°. 31	S	Social
DS	Donación de sangre	R (*)	Reglamentaria
INC(*)	Incentivo	RA (*)	Antigüedad
PAP	Papanicolau	M	Médica
MAM	Mamografía	E	Estudio
PSA	Examen antígeno	CORTE	Electoral
ART.29	Mudanza	ART.30	Carnet de salud
LE s/s	Licencia extraordinaria s/sueldo hasta 10 días	LE c/s	Licencia extraordinaria c/sueldo hasta 10 días

(*) En los casos marcados debe especificarse a que año corresponde

(**) Debe presentar certificado del médico tratante con tipo de control o consulta, semana de embarazo, fecha y hora de la consulta

(***) Debe acreditar el fallecimiento mediante comprobante/constancia (partida, constancia funeraria, etc) y aclarar parentesco sino surge del comprobante presentado.

No serán válidos los movimientos que no tengan firma de la autoridad competente

FIRMA FUNCIONARIO/A

JEFE/A

DIRECTOR/A

CONTROL DE SECCIÓN PERSONAL

Fecha de recepción por Sección Personal