



ASISTENCIA SEMANAL DE CONTRALOR DE PERSONAL (emergencia sanitaria)

OFICINA:		SEMANA DEL:		AL:	
----------	--	-------------	--	-----	--

NOMBRE:	FICHA DE COBRO:
---------	-----------------

DÍA	ENTRADA	SALIDA	FIRMA
Observaciones:			

SELLO

Firma autorizada del Jefe:	
Aclaración de firma:	