

# PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL

Departamento / Area	Legajo	Apellido, Nombre	Mes	Año

Día	Hora Entrada	Hora Salida	Observ.	Día	Hora Entrada	Hora Salida	Observ.
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16							

PERS.102/2.13

.....  
**Firma / Aclaración** (agente)

.....  
**Firma / Aclaración** (secretario)

### Observaciones

Permiso Particular	PEP	Matrimonio	CAS	Adopción	ADP
Ausente Injustificado	AUI	Matrimonio Hijo	CAH	Fuerza Mayor	FMA
Permiso Excepcional	102	Maternidad	MAT	Fallecimiento 1er °	FA1
Enfermedad Titular	ENT	Donación de Sangre	DOS	Fallecimiento 2do °	FA2
Enfermedad Familiar	EFA	Día No Docente	DND	Fallecimiento Pariente Político	FA3
Enfermedad Largo Tratamiento	LAT	Lic Especial por 25 años	25A	Exedencia Maternidad	EMA
Tecnicatura	TEC	Receso Invernal	RIN	Licencia Sin Goce	LSG
Licencia por Examen	EXA	Licencia Gremial	LGR	En Comisión	ENC
Accidente de Trabajo	ART	Licencia Anual Ordinaria	LAO		