



FORMULARIO DE CONTROL HORARIO NO DOCENTE Y SOLICITUD DE LICENCIAS

APELLIDOS, NOMBRES	
CARGO	SECCIÓN

MES	AÑO
N° C.I.	

ART. 15 (4 HORAS) MÍN. 1 HORA MÁX. 2 HORAS			
DÍA	DESDE	HASTA	TOTAL

HORAS COMPENSABLES		
DÍA	DESDE	HASTA

SALIDA EN COMISIÓN			
DÍA	DESDE (HORA)	HASTA (HORA)	LUGAR / MOTIVO

ART. 2 OMISIONES MAX. 3		
DÍA	HORA ENT	HORA SAL

FIRMAS

FUNCIÓNARIO
JEFE
DIRECTOR DE DEPARTAMENTO

OBSERVACIONES



APELLIDOS, NOMBRES		MES	AÑO
CARGO	SECCIÓN	Nº C.I.	

LICENCIAS				
TIPO	CANT. DE DÍAS	DESDE (FECHA)	HASTA (FECHA)	OBSERVACIONES
REGLAMENTARIA				
ASUETO				
PARA RENDIR PRUEBAS O EXAMENES (*)				
ESPECIAL - ART. 30 (*)				
DONACIÓN DE SANGRE (*)	1			
PATERNIDAD/ MATERNIDAD (*)				
ADOPCIÓN (*)				
MATRIMONIO (*)	15			
OTRAS				
PAP/ MAMOGRAFIA (*)	1			
MUDANZA (*)	2			
DUELO (*)				

Nota: (*) indica que se debe adjuntar el comprobante correspondiente.

MEDICA	SE INGRESARÁN ÚNICAMENTE LOS DÍAS CERTIFICADOS POR LA DUS, DEBERÁ ADJUNTARSE CONSTANCIA
--------	---

	RECIBIDO SECCIÓN PERSONAL	INGRESADO SECCIÓN PERSONAL
FIRMAS	FECHA	FECHA
FUNCIONARIO		
JEFE		
	FIRMA	FIRMA
DIRECTOR DE DEPARTAMENTO		