

AUTORIDAD NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE TIERRAS
OFICINA INSTITUCIONAL DE RECURSOS HUMANOS
CONTROL DE INCONSISTENCIAS DE HORARIO DE TRABAJO

Semana del día _____ al día _____ del mes de _____ del 20_____

Dirección _____ Depto. _____ Sección _____

Anote la clave correspondiente al motivo de la ausencia

M Misión Oficial **CM** Certificado Médico **P** Personal **D** Duelo **M** Matrimonio **C** Capacitación **O** Otros (Inundaciones, huelgas, cierre de calle.)

FECHA	NOMBRE	CÉDULA	PARA SER LLENADO POR EL FUNCIONARIO				FIRMA DEL JEFE INMEDIATO		
			MOTIVO	HORA 9:00am a 4:00pm		TOTAL TIEMPO	AUSENCIA/TARDANZA		Firma del Superior
				INICIO	FINAL		JUSTIFICADO	INJUSTIFICADO	

Observaciones: _____

NOTA:(Adjuntar Certificados médicos, constancias y otros).