



PONCE

Unidad

Oficina, Decanato o Departamento

Mes y Año

Nombre del Empleado

Número de Identificación Personal

Instrucciones: El empleado dejará constancia de su asistencia completando este informe mensualmente. El mismo se enviará a la Oficina de Recursos Humanos de su unidad **no más tarde del día 5 del mes siguiente al que corresponde el informe.**

DIA	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	
AM																																
PM																																

Clave

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| P - Presente | LMF - Licencia Médico Familiar | MI - Licencia Militar |
| O - Fuera en Asuntos Oficiales | DL - Día Libre | LSS - Licencia sin Sueldo |
| E - Enfermedad | S - Sábado | LE - Licencia Especial |
| V - Vacaciones | D - Domingo | C - Cedido |
| M - Licencia de Maternidad | J - Licencia Judicial | FSE - Fondo del Seguro del Estado |
| F - Feriado | | |

Firma del Empleado

Título Oficial

Certifico Correcto

Firma del Supervisor Inmediato

Fecha

Observaciones:
