

## CERTIFICACIÓN / RÉCORD DE ASISTENCIA DIARIA

Nombre: \_\_\_\_\_

Departamento/Oficina: \_\_\_\_\_

Semana: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Día: anotar fecha calendario | Certificar Labores: anotar [X] en todas las que aplique | Cargos a licencias: Licencia Ordinaria o Enfermedad

SEMANA		CERTIFICACIÓN LABORES			CARGOS A LICENCIAS		OBSERVACIONES
	Día calendario	Presencial	Remoto (Teletrabajo)	No realicé funciones forma remota ni presencial	ORDINARIA	ENFERMEDAD	
Lunes							
Martes							
Miércoles							
Jueves							
Viernes							
Sábado							
Domingo							

Certifico que la información contenida en este Registro de Asistencia es verídica y completa. Certifico que se tomaron los correspondientes periodos para ingerir alimentos dispuestos por Ley.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Supervisor: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_