CONTROL DE ASISTENCIAS

SEMANA DE:

NOMBRE DE LA EMPRESA

Calle

Ciudad, Estado Código Postal Teléfono

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE EMPLEADO: | TÍTULO: |
| NÚMERO DE EMPLEADO: | ESTATUS: |
| DEPARTAMENTO: | SUPERVISOR: |

FECHA

HORA DE ENTRADA

HORA DE SALIDA

HORAS

REGULARES

HORAS EXTRA

TOTAL DE HORAS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha |  |  |  |  |  |
| Fecha |  |  |  |  |  |
| Fecha |  |  |  |  |  |
| Fecha |  |  |  |  |  |
| Fecha |  |  |  |  |  |
| Fecha |  |  |  |  |  |
| Fecha |  |  |  |  |  |
| TOTAL DE SEMANAS |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA DEL EMPLEADO: | FECHA: |
| FIRMA DEL SUPERVISOR: | FECHA: |