

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: