

**PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA
ABRIL 2020**

FACULTAD/ SECRETARIA

Agente:

Legajo:

Cargo / Carácter:

CUIL:

Día	Entrada	Firma	Salida	Firma
1				
2		FERIADO		FERIADO
3				
4		SABADO		SABADO
5		DOMINGO		DOMINGO
6				
7				
8				
9				
10		FERIADO		FERIADO
11		SABADO		SABADO
12		DOMINGO		DOMINGO
13				
14				
15				
16				
17				
18		SABADO		SABADO
19		DOMINGO		DOMINGO
20				
21				
22				
23				
24				
25		SABADO		SABADO
26		DOMINGO		DOMINGO
27				
28				
29				
30				

DECISION ADMINISTRATIVA Nº 104/2001

Por la presente, certifico con carácter de declaración jurada, en mi condición de titular de la dependencia arriba mencionada que la persona ha cumplimentado la prestación de servicios correspondiente al mes ABRIL del año 2020.

Firma Director General del Área/
Autoridad Inm Superior Competente

Sello

VºBº Autoridad Superior

Sello