



CONCENTRADO DE ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD

NOMBRE TRABAJADOR:				PLANTEL No.		No. EMPLEADO
MESES	LICENCIA MEDICA	PASE DE SALIDA	RETARDOS	FALTAS	ECONOMICOS	OTROS
ENERO						
FEBRERO						
MARZO						
ABRIL						
MAYO						
JUNIO						
JULIO						
AGOSTO						
SEPTIEMBRE						
OCTUBRE						
NOVIEMBRE						
DICIEMBRE						

Elaboró

Vo. Bo.

Nombre y firma del Jefe de
Oficina

Nombre y firma del Director
del Plantel

