

**PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA  
MARZO 2017**

**FACULTAD/ SECRETARIA**

**Agente:**

**Legajo:**

Día	Entrada	Firma	Salida	Firma
1				
2				
3				
4		SABADO		SABADO
5		DOMINGO		DOMINGO
6				
7				
8				
9				
10				
11		SABADO		SABADO
12		DOMINGO		DOMINGO
13				
14				
15				
16				
17				
18		SABADO		SABADO
19		DOMINGO		DOMINGO
20				
21				
22				
23				
24		FERIADO		FERIADO
25		SABADO		SABADO
26		DOMINGO		DOMINGO
27				
28				
29				
30				
31				

**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 SEPTIEMBRE del año 2016.

-----  
Firma Director General del Área/  
Autoridad Inm Superior Competente

Sello

-----  
VºBº Autoridad Superior

Sello