

**PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA  
DICIEMBRE 2017**

**FACULTAD/ SECRETARIA**

**Agente:**

**Legajo:**

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

**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 DICIEMBRE del año 2017.

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

Sello

-----  
VºBº Autoridad Superior

Sello