

OFICINA INSTITUCIONAL DE RECURSOS HUMANOS

FECHA: _____ SEMANA DEL _____ AL _____ DE _____

NOMBRE	PLAN	EMP	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			H	HE	H	HE	H	HE	H	HE	H	HE	H	HE	H	HE

OBSERVACIONES :

FECHA: _____

Firma del Servidor Publico

Aprobado Por:

Fecha: _____

Nombre del Jefe Inmediato

Enterado

Fecha: _____

Firma del Jefe Inmediato