



FORMATO INDIVIDUAL DE CONTROL DE HORAS COMPENSATORIAS

NOMBRE: _____

CODIGO DE EMPLEADO: _____

DEPARTAMENTO: _____

No. Linea	FECHA	HORA INICIO	HORA SALIDA	A FAVOR	H.X PAG	SALDO	Firma del Solicitante	Autorizado	Comentario

OBSERVACIONES: _____

Aprobado: _____