

FECHA: DESDE: _____
HASTA: _____



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
POLICÍA DE PUERTO RICO

ÁREA: _____
UNIDAD DE TRABAJO: _____

INFORME DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL EMPLEADO	PLACA O SERIE	PUESTO O RANGO	PERSONAL EXENTO		HORAS ACUMULADAS MES ANTERIOR NO PAGADAS	
			Si	No	Estatales	Federales

PRIMERA SEMANA

FECHA	JORNADA LEGAL					HORAS EXTRAS			HORAS ACUM.		LIC. COMP.		NOMBRE SUPERVISOR	JUSTIFICACIÓN
	E	S	E	S	T	E	S	T	Est.	Fed.	Est.	Fed.		
TOTAL														
FIRMA _____	EMPLEADO					FECHA _____			FIRMA _____		JEFE DE LA UNIDAD		FECHA _____	

SEGUNDA SEMANA

FECHA	JORNADA LEGAL					HORAS EXTRAS			HORAS ACUM.		LIC. COMP.		NOMBRE SUPERVISOR	JUSTIFICACIÓN
	E	S	E	S	T	E	S	T	Est.	Fed.	Est.	Fed.		
TOTAL														
FIRMA _____	EMPLEADO					FECHA _____			FIRMA _____		JEFE DE LA UNIDAD		FECHA _____	

TERCERA SEMANA

FECHA	JORNADA LEGAL					HORAS EXTRAS			HORAS ACUM.		LIC. COMP.		NOMBRE SUPERVISOR	JUSTIFICACIÓN
	E	S	E	S	T	E	S	T	Est.	Fed.	Est.	Fed.		
TOTAL														
FIRMA _____	EMPLEADO					FECHA _____			FIRMA _____		JEFE DE LA UNIDAD		FECHA _____	

CUARTA SEMANA

FECHA	JORNADA LEGAL					HORAS EXTRAS			HORAS ACUM.		LIC. COMP.		NOMBRE SUPERVISOR	JUSTIFICACIÓN
	E	S	E	S	T	E	S	T	Est.	Fed.	Est.	Fed.		
TOTAL														
FIRMA _____	EMPLEADO					FECHA _____			FIRMA _____		JEFE DE LA UNIDAD		FECHA _____	

QUINTA SEMANA

FECHA	JORNADA LEGAL					HORAS EXTRAS			HORAS ACUM.		LIC. COMP.		NOMBRE SUPERVISOR	JUSTIFICACIÓN
	E	S	E	S	T	E	S	T	Est.	Fed.	Est.	Fed.		
TOTAL														
FIRMA _____	EMPLEADO					FECHA _____			FIRMA _____		JEFE DE LA UNIDAD		FECHA _____	

TOTALES DE LA SEMANA

JORNADA LEGAL		TOTAL HORAS ACUMULADAS DURANTE EL MES		ESTATALES	FEDERALES
TOTAL HORAS EXTRAS MULTIPLICADAS POR 1.5 (SI APLICA)		MAS HORAS ACUMULADAS MES ANTERIOR			
TOTAL HORAS EXTRAS A PAGAR		MENOS LAS HORAS COMPENSADAS			
		TOTAL DE HORAS ACUMULADAS PARA EL PRÓXIMO MES			

CERTIFICO QUE:
 TRABAJE LA JORNADA LEGAL Y HORAS EXTRAS ARRIBA INDICADAS.
 DISFRUTE EN TIEMPO COMPENSATORIO LAS HORAS ARRIBA INDICADAS.

FIRMA _____ FECHA _____
EMPLEADO

CERTIFICO QUE:
LA INFORMACION INDICADA ES CORRECTA. QUE LAS HORAS EXTRAS TRABAJADAS FUERON AUTORIZADAS Y QUE LAS MISMAS NO HAN SIDO COMPENSADAS NI PAGADAS.

FIRMA _____ FECHA _____
JEFE DE LA UNIDAD