



TOTAL FACILITY SOLUTIONS, INC.
TIMESHEET BY JOB
 HOJA DE HORAS POR LUGAR DE TRABAJO

WEEK-ENDING DATE: _____
 ULTIMO DIA DE LA QUINSENA: _____

SUP INITIALS _____

JOB # / ACCOUNT NAME: _____
 NU. DE TRABAJO: _____

DATE FECHA																										
EMP NAME NOMBRE DE EMPLEADO	ID #	IN	OUT	TL	IN	OUT	TL	IN	OUT	TL	IN	OUT	TL	IN	OUT	TL	IN	OUT	TL	IN	OUT	TL	IN	OUT	TL	

DATE FECHA																				G.T. HRS HORAS TOTAL	EMPLOYEE SIGNATURE FIRMA DEL EMPLEADO				
EMP NAME NOMBRE DE EMPLEADO	ID #	IN	OUT	TL	IN	OUT	TL	IN	OUT	TL	IN	OUT	TL	IN	OUT	TL	IN	OUT	TL						