Instituto Politécnico Nacional

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS E INTEGRACIÓN SOCIAL

Departamento de Extensión y Apoyos Educativos.

CONTROL DE ASISTENCIA

Correspondiente al reporte mensual de actividades: _____

No. Periodo del: _____ al: _____ No de Registro: _____

Nombre del Prestador: _____ Boleta: _____

Unidad Académica: _____ **Programa Académico:** _____

No.	Fecha	Hora de Entrada	Hora de Salida	Horas por día	Firma
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
TOTAL DE HORAS PRESTADAS POR MES					
TOTAL DE HORAS PRESTADAS ACUMULADAS					

_____

Responsable Directo

Sello del Prestatario