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:

No. Fecha Hora de

Entrada

Carrera:

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

Nombre, Cargo y Firma de Responsable Directo

Sello de la dependencia

Sello de recibido del DEAE