



## CONTROL DE ASISTENCIA

Correspondiente al reporte mensual de actividades No. \_\_\_\_\_, periodo del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Boleta \_\_\_\_\_

No.	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	HORAS POR DIA	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					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
TOTAL DE HORAS PRESTADAS POR MES					
TOTAL DE HORAS PRESTADAS ACUMULADAS					

\_\_\_\_\_  
 Autorizó

Sello de la dependencia

Sello de recibido del DEyAE