



**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: \_\_\_\_\_

Nombre del Prestador: \_\_\_\_\_ Boleta: \_\_\_\_\_

Unidad Académica: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_

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					
25					
TOTAL DE HORAS PRESTADAS POR MES					
TOTAL DE HORAS PRESTADAS ACUMULADAS					

\_\_\_\_\_  
Nombre y Cargo del Responsable Directo

Sello de la dependencia

Sello de recibido del DEAE