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 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |
| TOTAL DE HORAS PRESTADAS POR MES | | | |  |  |
| TOTAL DE HORAS PRESTADAS ACUMULADAS | | | |  |

Sello de recibido del DEAE

Sello de la dependencia

Nombre y Cargo del Responsable Directo