

CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE CHIAPAS CAMPUS TUXTLA

REPORTE DE ASISTENCIA

NOMBRE: FECHA INICIO: FECHA FIN: SIMBOLOGÍA H/T: Horas Trabajadas H/P: Horas Pagadas

DÍA	FECHA	ENTRADA	OBSERVACION	SALIDA	ASISTENCIA
FALTAS		RETARDOS			
		'	NE I MILEOU		
		1		SUBTOTAL H/T	
				TOTAL H/P	