



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					
TOTAL DE HORAS PRESTADAS POR MES					
TOTAL DE HORAS PRESTADAS ACUMULADAS					

RECAVAR SELLO DE SER
 POSIBLE

Sello de la dependencia

RECAVAR SELLO DE SER
 POSIBLE

Sello de recibido del DEAE

Nombre y Cargo del Responsable Directo