

# 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:

Periodo del: al: No de Registro:  
Nombre del Prestador: Boleta:  
Programa Académico:

| No.                                 | Fecha | Hora de<br>Entrada | Hora de<br>Salida | Horas<br>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 |       |                    |                   |                  |       |

Responsable Directo

Sello del Prestatario