SECRETARÍA ACADÉMICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

FORMATO DE CONTROL INTERNO DE ASISTENCIA

ÁREA: _____

NOMBRE DEL PRESTADOR: _____

MES: _____

MATRÍCULA: _____

NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO: _____

FECHA	HORA DE ENTRADA	FIRMA DEL PRESTADOR	HORA DE SALIDA	FIRMA DEL PRESTADOR

_____
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO Y SELLO DEL ÁREA