CONTROL DE ASISTENCIAS

NOMBRE: _____ ___**No. DE CONTROL:** _____ **ESPECIALIDAD:**_____

GRADO Y GRUPO: _____ **DEPENDENCIA:** _____ **DEPARTAMENTO:**_____

FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA DEL ALUMNO	HORAS ACUMULADAS

Vo. Bo.
COORDINADOR DE LA DEPENDENCIA

_____