

Control de Asistencia

Nombre: _____ RUN: _____

Día	Fecha	Hora de Llegada	Hora de Salida	Total de Horas
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Total de Horas Semanal				

Día	Fecha	Hora de Llegada	Hora de Salida	Total de Horas
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Total de Horas Semanal				

Día	Fecha	Hora de Llegada	Hora de Salida	Total de Horas
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Total de Horas Semanal				

Día	Fecha	Hora de Llegada	Hora de Salida	Total de Horas
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Total de Horas Semanal				

Día	Fecha	Hora de Llegada	Hora de Salida	Total de Horas
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Total de Horas Semanal				

- **Funciones o actividades realizadas durante el periodo de práctica.**

- **Observaciones del Supervisor:**

Firma Estudiante

Firma y Timbre Supervisor

Nota: *El estudiante debe llenar mensualmente (mes calendario) este documento y presentarlo en la Unidad de Prácticas o enviarlo por correo electrónico en los cinco primeros días del mes siguiente, con las firmas correspondientes.*