



SECRETARÍA
FINANZAS Y
ADMINISTRACIÓN
GOBIERNO DE PROGRESO

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS SERVICIO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA

<u>DURANTE EL MES DE</u>
<u>DEPARTAMENTO DE</u>
<u>DIRECCIÓN</u>
<u>RESPONSABLE</u>
<u>NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR</u>

<u>SEMANA</u>	<u>LUNES</u>	<u>MARTES</u>	<u>MIÉRCOLES</u>	<u>JUEVES</u>	<u>VIERNES</u>	<u>TOTAL DE HORAS</u>
<u>FECHA</u>						
<u>1ª. TOTAL DE HORAS</u>						
<u>FECHA</u>						
<u>2ª. TOTAL DE HORAS</u>						
<u>FECHA</u>						
<u>3ª. TOTAL DE HORAS</u>						
<u>FECHA</u>						
<u>4ª. TOTAL DE HORAS</u>						
<u>FECHA</u>						
<u>5ª. TOTAL DE HORAS</u>						

EVALUACIÓN (Excelente, bueno, regular, etc.)

DESEMPEÑO: _____

ASISTENCIA: _____

PUNTUALIDAD: _____

TOTAL DE HORAS	
HORAS ACUMULADAS	
TOTAL POR CUBRIR	

JEFE INMEDIATO

ÁREA SERVICIO SOCIAL