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.**

RESPONSABLE DE PRACTICAS EN LA EMPRESA

_____

Calle Soneto 156 S/N, esquina con Av. Lote Bravo, Colonia Carlos Castillo Peraza, C.P. 32525, Ciudad Juárez, Chih. Tels. 656 887-4342 y 656 887-4341 correo electrónico: cbtis270@cbtis270.edu.mx