



DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN PRIMARIA ESTATAL
CONTROL DE ASISTENCIA
REPORTE MENSUAL DE ASISTENCIA DE CENTRO DE TRABAJO

NOMBRE DE C.T. _____

C.C.T. _____ TURNO: _____ LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____

ZONA: _____ FECHA: _____

No.	NOMBRE DEL PERSONAL	FUNCIÓN	MES:																				
			L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	

INDICACIONES: * ANOTAR EL NOMBRE Y FUNCIÓN DE TODO EL PERSONAL ADSCRITO AL CENTRO DE TRABAJO DE ACUERDO A LA PLANTILLA SIPSEV.

* MARCAR LA ASISTENCIA CON UN PUNTO (•) EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE.

* DE EXISTIR ALGUNA INCIDENCIA, ANOTARLA USANDO LA SIGUIENTE SIMBOLOGÍA:

RETARDO: 1 INCAPACIDAD MÉDICA: 2 FALTA INJUSTIFICADA: 3 PERMISO ECONÓMICO: 4 ACTIVIDAD CONVOCADA POR AUTORIDAD EDUCATIVA: 5
REUNIÓN SINDICAL: 6 JORNADA INCOMPLETA: 7 OTRO: 8 _____

(ESPECIFICAR MOTIVO Y ANEXAR DOCUMENTO VÁLIDO QUE LO RESPALDE)

SELLO DE LA ESC.

SELLO DE RECIBO DE SUPERVISIÓN ESCOLAR

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE C.T.

