



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

**CONTROL DE ASISTENCIA**  
FO-TESE-DSS-03



El presente documento tiene por objetivo mantener el registro de las horas de prestación de servicio social y prácticas profesionales cubiertas por el prestador. Será responsabilidad tanto del prestador como del área y/o responsable del programa el seguimiento, conteo de horas y resguardo de los tantos generados por cada prestador hasta alcanzar el cumplimiento de horas necesarias.

<b>Tipo de Prestador:</b>	<b>Servicio Social ( )</b>	<b>Prácticas Profesionales ( )</b>
<b>Procedencia:</b>	<b>Interno ( )</b>	<b>Externo ( )</b>
<b>Nombre del Prestador:</b>		
<b>Lugar/Área/Instancia de Prestación:</b>		
<b>Días Cubiertos:</b>		<b>Horas Cubiertas:</b>

Fecha	Hora		Firma del Responsable	Observaciones
	Entrada	Salida		

---

**Nombre, cargo y firma del Responsable del Programa** **Sello del Área/Dependencia/Organismo**



### Instructivo de Llenado

No.	Concepto	Descripción
1.	Tipo de Prestador	Indicar con una “x” el tipo de prestador que requisita el formato.
2.	Procedencia	Indicar con una “x” de acuerdo a si el prestador es interno o externo.
3.	Nombre del Prestador	Anotar el apellido paterno, materno y nombre(s) del alumno que presta servicio social/práctica profesional.
4.	Lugar/Área/Instancia de Prestación:	Escribir el nombre del área administrativa donde el prestador realiza servicio social/práctica profesional.
5.	Días Cubiertos	Indicar con número el total de días cubiertos al momento de requisitar el formato.
6.	Horas Cubiertas	Indicar con número y letra el total horas registradas por el prestador de servicio social al momento de requisitar el formato.
7.	Fecha	Indicar día, mes y año en que el prestador acude a realizar sus actividades (dd/mm/aaaa).
8.	Hora Entrada/Salida	Escribir la hora y minutos en que el prestador inicia y concluye la prestación del servicio o realización de prácticas.
9.	Firma del Responsable	Validar mediante firma, por parte del responsable del área el horario cubierto por el prestador.
10.	Observaciones	Indicar, en caso de considerarlo necesario, comentarios sobre el desempeño del prestador.
11.	Nombre, cargo y firma del Responsable del Programa	Anotar el apellido paterno, materno y nombre(s) del Titular del Área donde el prestador realiza su servicio social.
12.	Sello del Área/Departamento/Organismo	Imagen impresa a tinta de la Institución/Área/Organismo donde se presta el Servicio Social.