

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE URUAPAN
CONTROL DE ASISTENCIA DE PRÁCTICA CLÍNICA
PERIODO CUATRIMESTRE EN CURSO**



UNIDAD PRODUCTIVA: _____

NOMBRE DEL ALUMNO: _____ **CARRERA:** _____ **MATRÍCULA** _____

SEMANA	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		HORAS ACUMULADAS
	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	
SEMANAS													
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
TOTAL													

Nombre y Firma del Asesor Empresarial

Nombre y Firma del Alumno

Nombre y Firma del Asesor Académico