



UNELLEZ
La Universidad que Siembra



**CONTROL MENSUAL DE AUXILIARES DE SERVICIO
DESARROLLO ESTUDIANTIL**

PROGRAMA: _____

DEPENDENCIA U OFICINA: _____

NOMBRE DEL SUPERVISOR O SUPLENTE: _____

MES CORRESPONDIENTE: _____ **AÑO:** _____

BACHILLERES QUE SE ENCUENTRAN ASIGNADOS AL PROGRAMA BAJO SU SUPERVISION DIRECTA

APELLIDOS Y NOMBRES	C.I.	SEMESTRE QUE CURSA	CARRERA QUE ESTUDIA	Nº DE HORAS TRABAJADAS

OBSERVACIONES: _____

FIRMA DEL SUPERVISOR: _____

SELLO:



ENTREGADO POR: _____

RECIBIDO POR: _____

Constancia de Entrega de Control Mensual

Control del mes _____ **Año:** _____ **Fecha de Entrega:** _____

Auxiliar	Horas Cumplidas	Auxiliar	Horas Cumplidas
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Funcionario de la Coordinación de Desarrollo Estudiantil: _____



UNELLEZ
La Universidad que Siembra



**CONTROL DIARIO DE AUXILIARES DE SERVICIO
DESARROLLO ESTUDIANTIL**

Nombre del Supervisor o Suplente: _____

Mes Correspondiente: _____ **Año:** _____

Nombre del Auxiliar: _____ **Nro. De Cedula:** _____

Hora de Entrada	Hora de Salida	Total Horas Trabajadas	Firma del supervisor	Fecha

Observaciones: _____

Firma del Supervisor: _____

Sello:

