

CONTROL DE ASISTENCIA



SERVICIO SOCIAL

Nombre completo del estudiante: _____

Carrera: _____ Número de carné: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del proyecto o actividad: _____

Responsable de la institución: _____

Fecha que inicio su servicio social _____

Fecha	Hora de entrada	Actividad a desarrollar	Hora de salida	Horas efectivas	Firma del estudiante	Firma del encargado de la institución

"Junto a mi comunidad transformamos la realidad"

