



CONTROL DE ASISTENCIAS - ESCUELAS PÚBLICAS

NOMBRE		INFORME NÚMERO	
TEL. PARTICULAR	E-MAIL		
FECHA DÍA/MES/AÑO	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA DEL (DE LA) PRESTADOR(A) DE SERVICIO SOCIAL

TOTAL DE HORAS DE ESTE INFORME:
HORAS ACUMULADAS EN INFORMES ANTERIORES:

SELLO DEL ÁREA ASIGNADA

SELLO DE REVISIÓN
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL (DE LA) RESPONSABLE
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES