CONTROL DE ASISTENCIA

NOMBRE		**INFORME NÚMERO**	
TEL. PARTICULAR		**E-MAIL**	

FECHA DÍA/MES/AÑO	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL
			TOTAL DE HORAS DE ESTE INFORME:
			HORAS ACUMULADAS EN INFORMES ANTERIORES:

SELLO DEL ÁREA ASIGNADA

LIC. ERICK IVÁN MEJÍA FRANCO
DIRECTOR DE EDUCACIÓN