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

MTRA. ZAYRA CHAN SOTO
ENCARGADA DE DESPACHO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES