



CONTROL DE ASISTENCIA DEL SERVICIO SOCIAL

CORRESPONDIENTE AL MES DE : _____

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO: _____

GRADO Y GRUPO: _____ NOMBRE DEL ÁREA DE SERVICIO SOCIAL: _____

NOMBRE DEL ENCARGADO(A) DEL ÁREA: _____

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL
MES: _____

| NO. DE DÍAS DE SERVICIO | FECHA | HORA DE ENTRADA | HORA DE SALIDA | FIRMA DEL ENCARGADO DEL ÁREA |
|-------------------------|-------|-----------------|----------------|------------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |





| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |

TOTAL DE HORAS: _____

