SECRETARÍA ACADÉMICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

FORMATO DE CONTROL INTERNO DE ASISTENCIA

ÁREA : _____

NOMBRE DEL PRESTADOR: _____

MES: _____

NO. DE SERVICIO SOCIAL: _____

NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO: _____

FECHA	HORA DE ENTRADA	FIRMA DEL PRESTADOR	HORA DE SALIDA	FIRMA DEL PRESTADOR	VO.BO. DEL JEFE INMEDIATO