REGISTRO DE HORAS DE SERVICIO SOCIAL y/o PRÁCTICAS PROFESIONALES

Elaboraron: Dra. Minerva Hernández Lozano /M.C. Marcos F. Ocaña Sánchez

Remove Watermark Now

Institución:_____

Nombre del Jefe inmediato:_____**Área /Dpto.:** _____

Nombre del Prestador: _____ **Matrícula:** _____ **Bloque:** _____

Periodo: _____ (Agosto-Enero / Febrero-Julio / Intersemestral)

Fecha	Actividades realizadas	Hora de Entrada	Hora de Salida	Total de horas	Firma de alumno	Vo. Bo. Jefe inmediato o responsable
					Total de horas:	

pdfelement