CENTRO UNIVERSITARIO DE LOS VALLES

Unidad de Servicio Social

Nombre de la institución o dependencia: _____

Nombre del prestador: _____

Registo de asistencia

FECHA	Firma Prest.	Hr. Entrada	Firma Resp.	Hr. De Salida	Total Hrs x día	Firma Resp.
BIMESTRE			**TOTAL DE HORAS**			