

TARJETA DE CONTROL DE SERVICIO SOCIAL

Nombre: _____ Edad: _____
Sexo: () MASCULINO () FEMENINO
Domicilio: _____
CALLE No. COLONIA MUNICIPIO ESTADO
Teléfono: _____ Carrera: _____ Núm. de Control: _____
Semestre: _____ Créditos aprobados: _____ %

Fecha de inicio			Fecha de término			Institución	Programa	Actividad Básica	Hrs. acreditadas	Meses
							ENSEÑANZA Y DESARROLLO ACADÉMICO		480	6

CONTROL DE EXPEDIENTE

() Solicitud () Curso de Inducción () Carta de Asignación
() Plan de trabajo (1) (2) (3) Reportes bimestrales
() Reporte final () Carta de terminación () Constancia de Acreditación

Observaciones: _____

