**TARJETA DE CONTROL DE HORAS DE SERVICIO SOCIAL.**

**Gen. 2017-2020.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre:** | | **Grupo:** |
| **Carrera:** | **No. De Control:** | **Gen**. 2017-2020 |
| **Nombre de la dependencia**: | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha | Horas realizadas | Firma de responsable | Sello de la dependencia |
| Agosto |  |  |  |
| Septiembre |  |  |  |
| Octubre |  |  |  |
| Noviembre |  |  |  |
| Diciembre |  |  |  |
| Enero |  |  |  |
| Febrero |  |  |  |
| Marzo |  |  |  |