DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN

TARJETA DE CONTROL DE

SERVICIO SOCIAL

|  |
| --- |
| NOMBRE: EDAD: SEXO:  DOMICILIO: [TEL:](TEL:311)    No. DE CONTROL CREDITOS APROBADOS |

PERIODO ENERO-JUNIO JULIO-DICIEMBRE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| INICIO | TERMINACION | PROGRAMA | DEPENDENCIA | HORAS  ACREDITADAS |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

CONTROL DE EXPEDIENTE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SOLICITUD  CURSO DE INDUCCIÓN  CARTA DE APROBACIÓN  PLAN DE TRABAJO |  | REPORTES BIMESTRALES  REPORTE FINAL  CARTA DE TERMINACIÓN  CONSTANCIA OFICIAL | FECHA:  FECHA: |

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES: |