DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN

TARJETA DE CONTROL DE

SERVICIO SOCIAL

|  |
| --- |
| NOMBRE: EDAD: SEXO: DOMICILIO: TEL:  No. DE CONTROL CREDITOS APROBADOS  |

PERIODO ENERO-JUNIO JULIO-DICIEMBRE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| INICIO | TERMINACION | PROGRAMA | DEPENDENCIA | HORASACREDITADAS |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

CONTROL DE EXPEDIENTE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SOLICITUDCURSO DE INDUCCIÓNCARTA DE APROBACIÓNPLAN DE TRABAJO |     | REPORTES BIMESTRALESREPORTE FINALCARTA DE TERMINACIÓNCONSTANCIA OFICIAL |  FECHA:  FECHA: |

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES:  |