



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE LOS VALLES Unidad de Servicio Social

Nombre de la Institución o Dependencia Receptora: _____

Nombre del Prestador: _____ Nombre del Programa Educativo: _____

Días: _____

Horario: _____

Registro de asistencia

Fecha	Hora de entrada	Firma del prestador	Hora de salida	Firma del prestador	Total de horas x día	Firma del Responsable
Bimestre				Total de horas		