**HOJA DE ASISTENCIA DE SERVICIO SOCIAL**

NOMBRE:

MES ­­­­­­­­: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA | HORA DE  ENTRADA | HORA DE SALIDA | HORAS POR DÍA | ACUMULADO DE HORAS | FIRMA DE JEFE (A) DIRECTO (A) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| HORAS TOTALES DEL MES: (8) |  |  |  |  | NO. DE MATRÍCULA (9) |
| HORAS ACUMULADAS DEL S. S. (10) |  |  |  |  |  |

NOMBRE, FIRMA DE EL/LA REPRESENTANTE DIRECTO Y SELLO DE LA DEPENDENCIA