REGISTRO DE HORAS

SERVICIO SOCIAL O PRACTICAS PROFESIONALES

NOMBRE: _____ **GRUPO:** _____ **MATRICULA**_____

AREA DE ASIGNACION: _____

FECHA DE INICO:_____ **FECHA DE TERMINO:** _____

TOTAL, DE HORAS A CUBRIR: _____**HRS.** **CARRERA: P.T.B. EN**_____

EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A :_____

FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA DEL PRESTADOR	FIRMA DEL JEFE INMEDIATO	TOTAL DE HRS. DIARIAS

TOTAL, DE HORAS AL MES: _____

OBSERVACIONES: _____

FIRMA DE AUTORIZACION Y RECONOCIMIENTO
DE HORAS DEL JEFE INMEDIATO