



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

TOTAL DE HORAS AL MES: _____

OBSERVACIONES : _____

**FIRMA DE AUTORIZACION Y RECONOCIMIENTO
DE HORAS DEL JEFE INMEDIATO**

