

A) APOYO ADMINISTRATIVO

HORARIO DE ACTIVIDADES: DIAS _____ HORAS _____

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES:

B) APLICADOR DE EXÁMENES

FECHA	HORA	SEDE DE APLICACION

SE PROHIBE APLICAR EXAMENES SI SU ACTIVIDAD ES DE ASESOR O ASESOR DE APOYO

C) ENCUESTADOR

FECHA	HORA	COLONIAS ENCUESTADAS

NOTA:

En caso de algún problema con la comunidad que atiende o el personal de la institución, favor de comunicarlo a la oficina de servicio social, no esperes hazlo de inmediato.

NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR

**NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE
DE DEPARTAMENTO O
COORDINACIÓN DE ZONA**

**NOMBRE Y FIRMA
DEL JEFE INMEDIATO**