

# CONTROL DE ASISTENCIA

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_  
Carrera: \_\_\_\_\_ Número de Carné: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del proyecto o actividad: \_\_\_\_\_  
Responsable de la unidad o institución: \_\_\_\_\_  
Fecha en que inició su servicio social: \_\_\_\_\_



Centro de  
Servicio Social



[www.uca.edu.sv/dide/css](http://www.uca.edu.sv/dide/css)



Centro de Servicio Social UCA



@CSSUCA



[css@uca.edu.sv](mailto:css@uca.edu.sv)



22106680

Fecha	Hora de entrada	Actividad a desarrollar	Hora de salida	Horas efectivas	Firma del Estudiante	Firma y sello de la institución

**Yo transformo su realidad, yo hago mi servicio social.**

Fecha	Hora de entrada	Actividad a desarrollar	Hora de salida	Horas efectivas	Firma del Estudiante	Firma y sello de la institución

**Yo transformo su realidad, yo hago mi servicio social.**

