



CONTROL DE ASISTENCIA

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DATOS DEL ALUMNO**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Col: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Carrera: \_\_\_\_\_ No. Matrícula: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL SERVICIO**

Lugar: \_\_\_\_\_  
Horario de actividades: \_\_\_\_\_  
Días de Servicio: \_\_\_\_\_  
Fecha inicial: \_\_\_\_\_ Fecha final: \_\_\_\_\_  
Período de Servicio: \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADES A REALIZADAS:**

- |                                          |                                         |             |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Administrativas | <input type="checkbox"/> Investigación  | Otras _____ |
| <input type="checkbox"/> Técnicas        | <input type="checkbox"/> Docentes       |             |
| <input type="checkbox"/> Asesorías       | <input type="checkbox"/> Extraescolares |             |

Describe brevemente tareas desempeñadas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Toda copia en PAPEL es un "Documento no Controlado" a Excepción del original, por favor asegúrese de que esta es la versión vigente del documento.

