Secretaría de Educación
Gobierno de Puebla

UNICA
UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA

UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA
CONTROL DE ASISTENCIA
PRACTICAS PROFESIONALES

NOMBRE DEL ALUMNO: _____ LICENCIATURA:_____				SUBTOTAL HORAS
FECHA	HORA DE ENTRADA	HORARIO DE SALIDA	FIRMA	
TOTAL HORAS DEL _____ DE _____ AL _____ DE _____				

Vo. Bo.

_____
RESPONSABLE DEL ÁREA EN LA INSTITUCIÓN RECEPTORA

_____
COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL Y PRACTICAS PROFESIONALES.