

**(ANEXO III)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_ No. de Control: \_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Periodo: Del día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_ año \_\_\_\_ al mes \_\_\_\_ año \_\_\_\_

Horario de Servicio:

Entrada	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Y							
Salida							

Descripción de actividades a realizar:

Vo. Bo  _____  Nombre, Puesto y Firma del Responsable del Programa	Sello de la Dependencia	Nombre y firma del interesado

**NOTA:** ESTE FORMATO DEBERÁ SER LLENADO A MÁQUINA O A COMPUTADORA Y ENTREGARSE EN UN PLAZO MÁXIMO DE 20 DÍAS, A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DEL SERVICIO SOCIAL.