UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

COMISIÓN SECTORIAL DEL SERVICIO COMUNITARIO

FACULTAD DE _____

## CONTROL DE ASISTENCIA DE LOS ALUMNOS A LA ASESORIA DEL SERVICIO COMUNITARIO

**Nombre y Apellido del Tutor Académico:** _____ **Mes:** _____

**Carrera:** _____ **Especialidad:** _____

| Nº | Nombre y Apellido | C.I | Día | Fecha | Horas | Actividad | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |