UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ARQUITECTURA
COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICA PROFESIONAL

REGISTRO DE ACTIVIDADES

NOMBRE DEL ALUMNO:_____PERIODO:_____REPORTE NUM._____

TALLER :_____No DE CUENTA:_____

BIMESTRE COMPRENDIDO ENTRE _____ DE _____ Y _____ DE _____

NOMBRE DEL PROGRAMA:_____NUM:_____

SEDE: _____

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:	TIEMPO EMPLEADO

TOTAL DE HORAS : [ ]

HORAS ACUMULADAS: [ ]

OBSERVACIONES DEL RESPONSABLE DE PROGRAMA

_____
_____
_____
_____

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE
DE PROGRAMA

_____
NOMBRE Y FIRMA DE TUTOR
DE CONTENIDO

FIRMA DEL PRESTADOR:_____