



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL SERVICIO SOCIAL

NOMBRE: _____ No. DE CONTROL: _____

PERIODO: _____ FECHA DE INICIO: _____

DEPENDENCIA DONDE SE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL: _____

ACTIVIDADES A REALIZAR		FEBRERO/ AGOSTO	MARZO/ SEPTIEMBRE	ABRIL/ OCTUBRE	MAYO/ NOVIEMBRE	JUNIO/ DICIEMBRE	JULIO/ ENERO
	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	R						
	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	R						
	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	R						
	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	R						