	UNIVERSIDAD LA SALLE VICTORIA **COORDINACIÓN DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA**	**CLAVE** **CEU-FOR-04** **FORMATO PARA CONTROL DE ASISTENCIA**

Servicio Universitario

Nombre del alumno:_____ Matricula:_____

Nombre de responsable del área_____ Puesto:_____

Fecha de Inicio:_____ Fecha de Termino:_____

FECHA	ENTRADA	SALIDA	ACTIVIDAD	FIRMA