

# PLAN DE ACCIÓN

PRESTADOR DE SERVICIO	C.I. Nº	FECHA DE INICIO	FECHA DE CULMINACIÓN	HORAS A CUMPLIR
COMUNIDAD	NOMBRE DEL CONSEJO COMUNAL		CARRERA Y/O MENCIÓN	

FASE	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DIA Y FECHA DE LA EJECUCIÓN	Nº DE HORAS	OBJETIVO ALCANZADO		FIRMA DEL VOCERO DEL CONSEJO COMUNAL
					SI	NO	

**FIRMA DEL VOCERO DEL CONSEJO COMUNAL**

**FIRMA DEL TUTOR**