

N° Control _____

Fecha ____ / ____ / ____

ACTA DE CULMINACIÓN DE SERVICIO COMUNITARIO

1. Denominación del Proyecto:

Resolución N° CD: ____ / ____ .

2. Datos de los Prestadores de Servicio

Apellidos y Nombres	C. I	Teléfono	Programa / Carrera	Semestre o Año	Firma

3. Datos del Asesor Académico:

Apellidos y Nombres	C.I	Teléfono	Cargo	Firma
---------------------	-----	----------	-------	-------

4. Datos del Asesor Social y/o Comunitario:

Apellidos y Nombres	C.I	Teléfono	Comunidad/Institución	Firma
---------------------	-----	----------	-----------------------	-------

5. Datos del Jefe de la Unidad de Proyectos:

Apellidos y Nombres	C.I	Teléfono	Comunidad/Institución	Firma
---------------------	-----	----------	-----------------------	-------

Nota: A partir de la presente fecha el estudiante tiene 15 días hábiles para entregar el Informe al Asesor Académico y el Asesor tendrá 5 días hábiles para entregar planilla de evaluación a la Unidad de Registro, Seguimiento y Control del Asesor.