



## Coordinación de Servicio Comunitario

### INFORME DE AVANCE ACTIVIDADES CUMPLIDAS POR PRESTADOR SC

Prestador de Servicio: \_\_\_\_\_  
Comunidad (Lugar): \_\_\_\_\_ Docente Responsable: \_\_\_\_\_

| Fecha | Objetivos Específicos | Actividades Planificadas | Resultados obtenidos | Horas Cumplidas | Observaciones y/o Comentarios * | Firma Docente Responsable y/o Vocer@ |
|-------|-----------------------|--------------------------|----------------------|-----------------|---------------------------------|--------------------------------------|
|       |                       |                          |                      |                 |                                 |                                      |
|       |                       |                          |                      |                 |                                 |                                      |
|       |                       |                          |                      |                 |                                 |                                      |

\* Indicar sugerencias, dificultades, aspectos a mejorar

Horas Totales Acumuladas