

INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES

Santa Maria Huatulco; a _____ de _____ del 2017

Nombre del alumno: _____

No. de Control: _____ E-mail: _____

Especialidad: _____

Semestre: _____ Grupo: _____ Informe: _____

Periodo del informe: _____ a _____
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

Programa: _____

Institución: _____

Ubicación: _____

Nombre del Asesor del Servicio Social: _____

Cargo del Asesor del Servicio Social: _____

INFORME DE ACTIVIDADES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

En caso de requerir mayor espacio, anexar las hojas necesarias.

NOTA: Este reporte deberá ser llenado a máquina o computadora, entregado cada dos meses en original y copia dentro de los primeros 5 (cinco) días hábiles de la fecha de termino del mismo, de lo contrario procederá sanción de acuerdo al reglamento vigente (No es valido si presenta tachaduras, enmendaduras y/o correcciones).

PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL

ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL

Original. Oficina de Servicio Social del Plantel.
C.c.p. Dependencia
C.c.p. El prestador del Servicio.

SELLO DE LA DEPENDENCIA U ORGANISMO