

## 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