



REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL

Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación

Reporte No.: _____

Nombre: _____

Carrera: _____

| | | |
|-----------------|------------------|-----------|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre(s) |
| No. de Control | | |

Periodo Reportado:

Del día _____ mes _____ año _____; al día _____ mes _____ año _____

Dependencia: _____

Programa: _____

Resumen de actividades: _____

Total de horas de este reporte: _____ Total de horas acumuladas: _____

| | | |
|---|-------|--|
| | Sello | _____ Firma del Prestador del Servicio Social |
| | | _____ Vo.Bo. Depto. Gestión Tecnológica y Vinculación |
| _____ Nombre, puesto y firma del supervisor(a) | | |