

INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES

_____ a _____ de _____ del 20 _____

Plantel: _____

Dirección: _____

Nombre del Prestador: _____

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
_____	_____	_____

Especialidad: _____ Semestre: _____ Grupo: _____

Bimestre Numero: _____

Periodo del Bimestre: _____ al _____
DD/MM/AA DD/MM/AA

Campo de Acción: _____ Opción: _____

Institución: _____

Departamento, oficina ó área: _____

Ubicación: _____

Nombre del Asesor del Servicio Social: _____

Cargo del Asesor del Servicio Social: _____

INFORME DE ACTIVIDADES

(En caso de requerir mayor espacio, anexar las hojas necesarias)

Firma del Prestador del Servicio Social

Firma del Asesor del Servicio Social

SELLO DE LA DEPENDENCIA U ORGANISMO