



INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES

_____ de _____ del 200__

Plantel: _____

Ubicación: _____

Nombre del prestador

Especialidad _____ grupo

Período de _____ a _____
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

Programa: _____

Institución: _____

Ubicación: _____

Asesor del Servicio Social: _____

Cargo: _____

INFORME DE ACTIVIDADES

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

Nombre y firma del prestador de Servicio Social

Nombre y firma del Asesor del Servicio Social

Copia para la Institución y para el Prestador

SELLO DE LA
INSTITUCION