

INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES

Tulancingo de Bravo, Hidalgo; a _____ de _____ del 20 _____

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
INSTITUCIÓN