

INFORME BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL

Tijuana, B.C. a _____ de _____ del 201_____

Plantel:

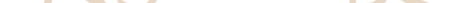
Ubicación: _____

Nombre del Prestador:

Especialidad: _____ Grupo: _____

Periodo: _____ 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 del prestador de Servicio Social _____

Nombre

Firma

Nombre del Asesor del Servicio Social _____

Nombre

Firma

c.c.p. Plantel

c.c.p. Institución y para el prestador.