

INFORME BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL

Tijuana, B.C. a _____ de _____ del 20____

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

[illegible]

(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 _____

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