**Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación**

**REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL**

Reporte No.:\_\_\_\_\_\_

Nombre:

 Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)

Carrera: No. de Control

**Periodo Reportado:**

Del día\_\_\_\_\_mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año\_\_\_\_\_\_; al día\_\_\_\_\_mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_año\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dependencia:

Programa:

Resumen de actividades:

**Total de horas de este reporte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Total de horas acumuladas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del interesado |
|  |
| Nombre, puesto y firma del supervisor | Vo.Bo. Oficina de Servicio Social |