DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN
REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del estudiante: _____.

Número de control: _____, Carrera: _____.

Reporte No.: 1____, 2____, 3____. y Final_____.

Periodo Reportado: Del (dd/mm/año) _____, al (dd/mm/año) _____,

Dependencia:_____

Programa:_____

Resumen de actividades: _____

_____

_____

Total, de horas de este reporte: _____, Total de horas acumuladas: _____.

		Firma del interesado (estudiante)
Nombre, cargo y firma del (a) responsable del programa. (dependencia)	Sello de la dependencia	Vo. Bo. Oficina de Servicio Social (Gestión Tecnológica y Vinculación)