



INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES

San Martín Cuautlalpan, Chalco Estado de México 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 del Servicio (alumno)

Nombre y firma del asesor del Servicio

