**REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL**

**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:**

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