DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN
OFICINA DE SERVICIO SOCIAL

REPORTE No. _____

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno 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
_____ N0MBRE,PUESTO Y FIRMA DEL SUPERVISOR	SELLO	_____ Vo. Bo. OFNA. SERVICIO SOCIAL DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DESCENTRALIZADO

NOTA: ESTE REPORTE DEBE SER ENTREGADO CADA DOS MESES EN ORIGINAL Y COPIA, DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DE LA FECHA DE TÉRMINO DEL MISMO, DE LO CONTRARIO PROCEDERÁ SANCIÓN DE ACUERDO AL REGLAMENTO VIGENTE (No es válido si presenta tachaduras, enmendaduras y/o correcciones).