|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del prestador de Servicio Social: | Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| Carrera: | Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| Programa: | Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| Periodo de realización: | del | Haga clic aquí para escribir texto. | al | Haga clic aquí para escribir texto. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD** | **BIMESTRE** | **NUM. HORAS** | **ACUMULADO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

FECHA DE ENTREGA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL

SELLO DE LA DEPENDENCIA / EMPRESA

|  |
| --- |
| Haga clic aquí para escribir texto. |
| Nombre, cargo y firma del responsable del programa |