

INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES

Irapuato, Gto., a _____ de _____ del 20 _____

Nombre del Prestador: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Teléfono de Casa: _____ Tel. celular _____ No. de Control: _____

Especialidad: _____

Semestre: _____ Grupo: _____ Bimestre Numero: _____

Periodo del Bimestre: _____ al _____

DD/MM/AA

DD/MM/AA

Campo de Acción: _____

Opción: _____

Institución: _____

Departamento, oficina ó área: _____

Domicilio: _____

Nombre del Asesor del Servicio Social: _____

Cargo del Asesor del Servicio Social: _____

INFORME DE ACTIVIDADES

(En caso de requerir mayor espacio, anexar las hojas necesarias)

Firma del Prestador del Servicio Social (alumno)

**Firma del Asesor del Servicio Social
de la Dependencia u Organismo**

SELLO DE LA DEPENDENCIA U ORGANISMO

ORIGINAL.- PLANTEL C.C.P. PRESTADOR