

## 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