



Universidad Autónoma
de San Luis Potosí

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE _____

REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO SOCIAL

INFORMACIÓN REQUERIDA

REPORTE N°:			
APELLIDO PATERNO:	APELLIDO MATERNO:	NOMBRE(S):	
CLAVE UNICA:		SEMESTRE:	
LUGAR DONDE PRESTA EL SERVICIO SOCIAL:			
NOMBRE DEL DEPARTAMENTO:			
NOMBRE DEL ASESOR EXTERNO:			
TELEFONO DEL DEPARTAMENTO:		HORARIO DEL SERVICIO SOCIAL:	
PERIODO QUE COMPRENDE EL REPORTE:			

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

FIRMA DEL ASESOR
EXTERNO

FIRMA DEL PRESTADOR
DEL SERVICIO SOCIAL

DATOS EXCLUSIVOS LLENADOS POR LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS SOCIAL

NUMERO DE HORAS DEL PERIODO:		TOTAL DE HORAS ACUMULADAS:	
------------------------------	--	----------------------------	--



DIVISIÓN DE VINCULACIÓN
UNIVERSITARIA
U A S L P