**INFORME TRIMESTRAL**

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

No. de Registro Estatal de Servicio Social **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LIC. DANIEL OMAR SÁNCHEZ REYNOSO**

**ENCARGADO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL Y BECAS**

**P R E S E N T E**

**NOMBRE PRESTADOR**

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

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

**PERFIL PROFESIONAL** \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ENTIDAD RECEPTORA DONDE ESTÁ REALIZANDO EL SERVICIO SOCIAL**

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

**INFORME NO.1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES** | **TOTAL DE HORAS ACUMULADAS DURANTE EL TRIMESTRE**  240 |
| **01 -09-2023**  **al**  **01 -12-2023**  \*\* |  | **NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO SOCIAL DE LA ENTIDAD RECEPTORA O JEFE INMEDIATO**  **SUPERIOR. Y SELLO** |

\*\*Las fechas de inicio y término deben ser iguales a las señaladas en CARTA DE TÉRMINO Y CONSTANCIA

**INFORME NO.2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES** | **TOTAL DE HORAS ACUMULADAS DURANTE EL TRIMESTRE**  **240** |
| **04-12-2023**  **al**  **01-03-2024** |  | **NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO SOCIAL DE LA ENTIDAD RECEPTORA O JEFE INMEDIATO SUPERIOR. Y SELLO** |