



INFORME BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL

No. De Reporte _____

Cd. Reynosa, Tamaulipas a _____ de _____ del 202_____

Nombre del Prestador: _____

Especialidad: _____ Grado: _____ Grupo: _____

PERIODO REPORTADO

Del día _____ mes _____ del 202____; Al día _____ mes _____ del 202____

Dependencia: _____

Programa: _____

Asesor del Servicio Social: _____

Cargo: _____

INFORME DE ACTIVIDADES

Total de horas de este reporte _____ Total de horas acumuladas _____

ATENTAMENTE

V o B o

Firma del Prestador del Serv. Social

Firma del Res. de la Institución Prestataria
del Servicio Social