



ANEXO XXII. REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL

Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación o su equivalente en los Institutos Tecnológicos Descentralizados

Reporte No.: _____

Periodo: _____

Nombre: _____

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
-----------------	------------------	-----------

Carrera: _____ N°. de Control: _____

Fecha de inicio: _____

Periodo que cubre el Reporte :

Del día: _____ mes: _____ año: _____ al día _____ mes: _____ año: _____

Dependencia: _____

Programa: _____

Resumen de actividades: _____

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

	Sello	FIRMA DEL ALUMNO
Nombre, puesto y firma del supervisor		Vo. Bo. Oficina de Servicio Social

