**DEPARTAMENTO DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL**

**REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **REPORTE No.** | 2 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  |  |  |

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Carrera: |  | No. de Control |  |

**Periodo Reportado:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Deldía: | 02 | mes | Abril | año; | 2024 | al día: | 01 | mes | Junio | año | 2024 |

|  |  |
| --- | --- |
| Dependencia: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del programa: |  |

|  |
| --- |
| Resumen de actividades: |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Total de horas de este reporte:** | **168** | **Total de horas acumuladas:** | **336** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SELLO | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA DEL INTERESADO/A |
|  |
|  |  |
| NOMBRE, PUESTO Y FIRMA DEL ASESOR/A | Vo. Bo. DEPARTAMENTO DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL  DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO |

**NOTA:** ESTE REPORTE DEBERÁ SER LLENADO, ENTREGADO CADA DOS MESES EN ORIGINAL Y COPIA, DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DE LA FECHA DE TÉRMINO DEL MISMO, DE LO CONTRARIO PROCEDERÁ SANCIÓN DE ACUERDO AL REGLAMENTO VIGENTE (No es válido si presenta tachaduras, enmendaduras y/o correcciones).