**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 SOCIALDEL 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).