



INFORME BIMENSUAL DE ACTIVIDADES DE SERVICIO SOCIAL

NO. (1) (2) (3)

Plantel: Centro de Bachillerato Industrial y de Servicios No. 270

Ubicación: C. Soneto 156 s/n Col. Carlos Castillo Peraza

Nombre del prestador: _____
Apellido paterno Apellido Materno Nombre(s)

Especialidad: _____ Semestre _____ Turno: _____ No. de control: _____

Periodo de Inicialización: _____ TÉRMINO: _____ GEN 24-27
Día Mes Año Día Mes Año

Horario de: _____ a _____ Días de la semana: (L) (M) (M) (J) (V)

Institución: _____
(NOMBRE DE LA DEPENDENCIA OFICIAL U ORGANISMO PUBLICO)

Ubicación: _____
(DOMICILIO DE LA DEPENDENCIA U ORGANISMO PUBLICO)

Asesor (a) del Servicio Social: _____
(NOMBRE COMPLETO DEL ASESOR DE LA DEPENDENCIA)

INFORME BIMENSUAL DE ACTIVIDADES

Cd. Juárez, Chih., a _____ de _____ del 20____

Prestador (a) de servicio social

Asesor (a) de servicio social

Firma y nombre del alumno (a)

Firma y sello de la institución

*** Se entrega en la oficina de servicio social un informe bimensual cada dos meses. ***

*** La fecha de entrega del informe bimensual dependerá de la fecha de inicio de cada alumno. ***