



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE MISANTLA
REPORTE BIMESTRAL DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

Reporte: _____

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Carrera: _____ No. de Control: _____

Periodo Reportado:

Del día: _____ de _____ del _____ ; al día: _____ de _____ de _____

Dependencia: _____

Programa: _____

Resumen de actividades:

Total de horas de este reporte: _____

Total de horas acumuladas: _____

<p>_____ Nombre, puesto y firma del responsable del programa en la Dependencia / Empresa</p>	<p>Sello</p>	<p>_____ Firma del prestatante de Servicio Social</p> <p>_____ Vo. Bo. Oficina de Servicio Social</p>
--	--------------	---

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).