**DEPARTAMENTO VINCULACIÓN O EQUIVALENTE**

**OFICINA DE SERVICIO SOCIAL**

**REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL**

 **REPORTE No.** Elije el número del reporte

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** | Escribe tu nombre completo |
| **Carrera:** | Elije tu carrera |
| **Periodo Reportado:** | Elije el periodo de inicio |
| **De la fecha:**  | 15 de agosto de 2023 | **A la fecha:** | 18 de septiembre de 2023 |
| **Dependencia:** | Escribe el nombre de la dependencia |
| **Programa:** | Escribe el nombre del programa |

**Resumen de actividades:**

Describe las actividades que realizaste en este bimestre

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Total de horas de este reporte** | Horas del reporte | **Total de horas acumuladas** | Horas acumuladas anterior+horas de este reporte |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Escribe el Nombre del responsable del programaRESPONSABLE DEL PROGRAMA | SELLO | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Escribe tu nombre completoPRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ING. JESÚS ALFREDO TECALERO MOTAVo. Bo. OFNA. SERVICIO SOCIALDEL INSTITUTO TECNOLÓGICO  |

**NOTA:** ESTE REPORTE DEBE SER ENTREGADO CADA DOS MESES, DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DE LA FECHA DE TÉRMINO DEL MISMO. (No es válido si presenta tachaduras, enmendaduras y/o correcciones)