**INFORME MENSUAL\***

**FECHA:**

**REPORTE N°:**

**PERÍODO:**

**NOMBRE: MATRÍCULA:**

**PROGRAMA ACADÉMICO:**

**DEPENDENCIA DONDE RELIZA EL SERVICIO SOCIAL :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACTIVIDADES REALIZADAS** | **DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD** | **OBSERVACIONES** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA |  | MAESTRO TITULAR |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ASESOR(Puede o no coincidir con el maestro titular) |  | PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL |

**\* ENTREGAR AL PROFESOR TITULAR**