**INFORME TRIMESTRAL**

FECHA DE ENTREGA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de Registro Estatal de Servicio Social\_15ETC0021V-18-\_\_\_\_\_- N-NC\_\_

**LIC. CÉSAR HUMBERTO PÉREZ CORREA**

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL Y BECAS**

**P R E S E N T E**

NOMBRE PRESTADOR

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

PERFIL PROFESIONAL

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENTIDAD RECEPTORA DONDE ESTÁ REALIZANDO EL SERVICIO SOCIAL

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORME NO.1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES** | TOTAL DE HORAS ACUMULADAS DURANTE EL TRIMESTRE  **240 HRS.** |
| 01/03/2018  **a**  01/06/2018  \*\* | **Colocar en forma de lista las actividades realizadas.**  **(Quitar esta leyenda para que puedas escribir)** | NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR |
| NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO SOCIAL DE LA ENTIDAD RECEPTORA O JEFE INMEDIATO SUPERIOR. Y SELLO |

\*\*Las fechas de inicio y término deben ser iguales a las señaladas en CARTA DE TÉRMINO Y CONSTANCIA

**INFORME NO.2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES** | TOTAL, DE HORAS ACUMULADAS DURANTE EL TRIMESTRE  **240 HRS.** |
| 04/06/2018  a  03/09/2018  \*\* | **Colocar en forma de lista las actividades realizadas.**  **(Quitar esta leyenda para que puedas escribir)** | NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR |
| NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO SOCIAL DE LA ENTIDAD RECEPTORA O JEFE INMEDIATO SUPERIOR. Y SELLO |