**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN**

**REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL**

**REPORTE No. Elija un elemento.**

Nombre: APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S)

Carrera: ELIJA OPCIÓN. N° de Control: CLIC PARA ESCRIBIR TEXTO.

**Periodo Reportado:**

Deldía: ELIJA Mes ELIJA Año: ELIJA al **día**: ELIJA Mes ELIJA Año ELIJA

Empresa/Institución: HAGA CLIC AQUÍ PARA ESCRIBIR TEXTO.

Programa: HAGA CLIC AQUÍ PARA ESCRIBIR TEXTO.

Resumen de actividades:

**Total de horas de este reporte:** CLIC PARA ESCRIBIR **Total de horas acumuladas:** CLIC PARA ESCRIBIR

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE Y PUESTO DEL RESPONSANBLE DEL PROGRAMA  (Firma y Sello) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA DEL INTERESADO |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vo. Bo. OFICINA SERVICIO SOCIAL  DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO |

**NOTA:** ESTE REPORTE DEBERÁ SER LLENADO, ENTREGADO CADA DOS MESES EN ORIGINAL Y COPIA, DENTRO DE LAS FECHAS INDICADAS EN LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL, DE LO CONTRARIO PROCEDERÁ SANCIÓN DE ACUERDO AL REGLAMENTO VIGENTE (No es válido si presenta tachaduras, enmendaduras y/o correcciones).