



INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES

Santa María Huatulco; a _____ de _____ del _____

Nombre del alumno: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

Especialidad: _____

Semestre: _____ Grupo: _____ Informe: _____

Periodo del informe: _____ a _____
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

Programa: _____
Institución: _____

Horas Bimestrales: _____ hrs.

INFORME DE ACTIVIDADES

PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL

ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL

Original. Oficina de Servicio Social del Plantel.
C.c.p. Dependencia
C.c.p. El prestador del Servicio.

SELLO DE LA DEPENDENCIA



2026
año de
**Margarita
Maza**