**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN**

**OFICINA DE SERVICIO SOCIAL Y DESARROLLO COMUNITARIO**

|  |
| --- |
| REPORTE No**\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE:** |  | | | |
| **PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE (S)** | | | | |
| **CARRERA** | |  | **No. DE CONTROL** |  |
|  | |  |  |  |
| **Periodo reportado**  Del día\_\_\_\_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_\_\_\_año\_\_\_\_\_\_; al día \_\_\_\_\_\_\_\_ mes\_\_\_\_\_\_\_\_ año\_\_\_\_\_\_. | | | | |
|  | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **DEPENDENCIA** |  | | | | | | | **PROGRAMA** |  | | | | | | | **RESUMEN DE ACTIVIDADES:** | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | **TOTAL DE HORAS DE ESTE REPORTE** | |  | | **TOTAL DE HORAS ACUMULADAS** | |  | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  NOMBRE, PUESTO Y FIRMA DEL SUPERVISOR DEL PRESTANTE DE SERVICIO SOCIAL | | | SELLO | | FIRMA DEL INTERESADO  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vo. Bo. OFICINA SERVICIO SOCIAL  DEL TECNM/INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CIUDAD VALLES | | | | | | | | |
|  | | | | |

**NOTA:** ESTE REPORTE DEBERÁ SER LLENADO A COMPUTADORA, ENTREGADO CADA DOS MESES EN ORIGINAL, DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DE LA FECHA DE TÉRMINO DEL MISMO, DE LO CONTRARIO PROCEDERÁ SANCIÓN DE ACUERDO AL REGLAMENTO VIGENTE (No es válido si presenta tachaduras, enmendaduras y/o correcciones).

**Borrar texto de NOTA al terminar de leer**.