**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 SOCIALDEL 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**.