



DOCUMENTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD Y MEDIO AMBIENTE

REPORTE MENSUAL DE SERVICIO SOCIAL



Reporte no. _____

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA DONDE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL:

NOMBRE DEL (LA) RESPONSABLE DEL PROGRAMA:

DATOS DEL (LA) PRESTANTE:

NOMBRE: _____

No. de control: _____ Especialidad _____

HORARIO DE ACTIVIDADES: De las _____ horas a las _____ horas

PERIODO DEL REPORTE:

Del ____ de _____ del ____ al ____ de _____ del _____.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Días laborados: _____ Avance en el mes: _____ horas

RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA
(Firma y sello)

JEFE(A) DPTO.DE
GESTIÓN TECNOLÓGICA