



INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES

MAZATLAN, SINALOA A _____ DE _____ DEL 20 _____

C.B.T.i.s. No. 51, Guillermo Haro S/N, Fracc. Villa Galaxia, Mazatlán, Sinaloa

Nombre del prestador: _____

Especialidad: _____ Grupo: _____

Período: _____ a _____
 día mes año día mes año

Programa: _____

Institución: _____

Ubicación: _____

Asesor de servicio social: _____

Cargo: _____

INFORME DE ACTIVIDADES

Nombre y firma del prestador del servicio

Nombre y firma del asesor del servicio Social.

Original para el plantel

Copia para la institución y para el prestador.

SELLO DE LA INSTITUCION





INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES

MAZATLAN, SINALOA A _____ DE _____ DEL 20 _____

C.B.T.i.s. No. 51, Guillermo Haro S/N, Fracc. Villa Galaxia, Mazatlán, Sinaloa

Nombre del prestador: _____

Especialidad: _____ Grupo: _____

Período: _____ a _____
 día mes año día mes año

Programa: _____

Institución: _____

Ubicación: _____

Asesor de servicio social: _____

Cargo: _____

INFORME DE ACTIVIDADES

Nombre y firma del prestador del servicio

Nombre y firma del asesor del servicio
Social.

Original para el plantel
Copia para la institución y para el prestador.

SELLO DE LA INSTITUCION



INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES

MAZATLAN, SINALOA A _____ DE _____ DEL 20 _____

C.B.T.i.s. No. 51, Guillermo Haro S/N, Fracc. Villa Galaxia, Mazatlán, Sinaloa

Nombre del prestador: _____

Especialidad: _____ Grupo: _____

Período: _____ a _____
 día mes año día mes año

Programa: _____

Institución: _____

Ubicación: _____

Asesor de servicio social: _____

Cargo: _____

INFORME DE ACTIVIDADES

Nombre y firma del prestador del servicio

Nombre y firma del asesor del servicio Social.

Original para el plantel
Copia para la institución y para el prestador.

SELLO DE LA INSTITUCION



INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO SOCIAL

Mazatlán, Sinaloa, a _____ de _____ del _____.

Nombre del prestador: _____.

Especialidad: _____ Núm. de control: _____.

Período de realización: inicio _____ termino _____.

Horario de _____ a _____ cubriendo _____ días a la semana.

Programa: _____.

Institución: _____.

Ubicación: _____.

Nombre del asesor del servicio social: _____.

a) INTRODUCCION (de que se trata el servicio social) _____

b) DESARROLLO DE ACTIVIDADES (que fue lo que realizaste) _____

c) RESULTADOS (que resultados obtuviste al realizarlo) _____

d) CONCLUSIONES (a que conclusión llegaste) _____

Firma del prestador (alumno)

Firma del asesor

SELLO DE LA
INSTITUCION

Donde se realizó el servicio social