**REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL No. \_\_\_1\_\_\_**

**Nombre del Prestador:**

**Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)**

**Grupo: Turno: M ( ) V ( ) No. de Control:**

**Especialidad:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Período:** | **01** | | | **SEPTIEMBRE** | | **2023** | **a** | **31** | **OCTUBRE** | **2023** |
|  | **Día** | | | **Mes** | | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| **Programa:** | | |  | | | | | | | |
| **Institución:** | | |  | | | | | | | |
| **Área:** | | |  | | | | | | | |
| **Asesor del Servicio Social:** | | | | |  | | | | | |
| **Cargo:** | |  | | | | | | | | |

**INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES (4 mínimo)**

**1.-**

**2.-**

**3.-**

**4.-**

**5.-**

**6.-**

**Guamúchil, Salvador Alvarado, Sinaloa, a \_31\_ de \_ OCTUBRE \_ de 2023**

**Día Mes Año**

**Prestador del Servicio Social**

**Firma del Alumno**

**Asesor del Servicio Social**

**Firma del Asesor**

**CZDM/mjae\***