**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\***