



SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y VINCULACIÓN
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN

PROCEDIMIENTO PARA SERVICIO SOCIAL
REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL

Referencia a la Norma ISO 9001:2015 8.5.1

REPORTE N° \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Carrera: \_\_\_\_\_ No de Control: \_\_\_\_\_

Periodo Reportado:

Del día: \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_; al día: \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Resumen de actividades:

Four horizontal lines for writing the summary of activities.

Total de horas de este reporte: \_\_\_\_\_ Total de horas acumuladas: \_\_\_\_\_

Table with 3 columns: Supervisor (Nombre, Puesto y Firma), Sello, and Firmado (Firma del Interesado, Vo. Bo. Oficina Servicio Social).

NOTA: ESTE REPORTE DEBERÁ SER LLENADO CON LETRA LEGIBLE Y CLARA, ENTREGADO CADA DOS MESES EN ORIGINAL Y COPIA, 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).

