



INFORME BIMENSUAL DE ACTIVIDADES

Plantel: Centro de Bachillerato Industrial y de Servicios No. 270

Ubicación: C. Soneto 156 s/n Col. Carlos Castillo Peraza

Nombre del prestador: _____
Apellido paterno Apellido Materno Nombre(s)

Especialidad: _____ Semestre: _____

No. de control: _____

Periodo de inicialización: _____ **TÉRMINO:** _____
Día Mes Año Día Mes Año

Horario de: _____ a _____ Días de la semana: (L) (M) (M) (J) (V) (S) (D)

Institución: _____

Ubicación: _____

INFORME BIMENSUAL DE ACTIVIDADES

Cd. Juárez, Chih., a _____ de _____ del 20____

Prestador de servicio social

Firma y nombre del alumno

Asesor de servicio social

Firma y sello de la institución

Original.- Oficina de Servicio Social del Plantel

