



INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO SOCIAL

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

Nombre del prestador _____

Especialidad _____ Núm. de control _____

Período de realización:

Inicio: _____
 día mes año

Término: _____
 día mes año

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

Programa _____

Institución _____

Ubicación _____

Nombre del asesor de servicio social _____

Anexo a este reporte, deberás realizar un reporte escrito (2 cuartillas, letra arial 12) que contenga los siguientes puntos:

- a) Introducción
- b) Desarrollo de actividades
- c) Resultados
- d) Conclusiones
- e) Fotos (no forman parte de las 2 cuartillas)

Nombre y firma del prestador.

Jefe de la Ofna. Del Servicio Social
Cbtis 270

SELLO DE LA
INSTITUCIÓN

