# **INFORMACIÓN REQUERIDA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| REPORTE N°: |  | |  |  |
| APELLIDO PATERNO: | APELLIDO MATERNO: | | NOMBRE(S): | |
|  |  | |  | |
| CLAVE UNICA: |  | | SEMESTRE: |  |
| LUGAR DONDE PRESTA EL SERVICIO SOCIAL: | | |  | |
| NOMBRE DEL DEPARTAMENTO: | | |  | |
| NOMBRE DEL ASESOR EXTERNO: | | |  | |
| TELEFONO DEL DEPARTAMENTO: | |  | HORARIO DEL SERVICIO SOCIAL: |  |
| PERIODO QUE COMPRENDE EL REPORTE: | | |  | |

# **DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DESARROLADAS:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| FIRMA DEL ASESOR EXTERNO |  | FIRMA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATOS EXCLUSIVOS LLENADOS POR LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS SOCIAL | | | |
| NUMERO DE HORAS DEL PERIODO: |  | TOTAL DE HORAS ACUMULADAS: |  |