# **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: |  |