**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN**

**OFICINA DE SERVICIO SOCIAL**

 **REPORTE No.** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
|  | Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) |
| Carrera: | Seleccione carrera | No. de Control: |  |
| **Periodo Reportado:** |
| Del día: |  | mes |  | Año |  | ; al día  |  | mes |  | año |  |
| Dependencia: |  |
| Programa: | Elija un Programa. |
| Resumen de actividades: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Total de horas de este reporte:** |  | **Total de horas acumuladas:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SELLO |  |
| FIRMA DEL INTERESADO |
| Nombre, Puesto y firma del responsable |  |
| Vo. Bo. OFICINA SERVICIO SOCIALDEL INSTITUTO TECNOLÓGICO |

**NOTA:** ESTE REPORTE DEBERÁ SER LLENADO, 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).