|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ® | **Nombre del documento: Formato de Evaluación de Servicio Social** | **Código: ITCSC-VI-PO-002-03** |
| **Revisión: 1** |
| **Referencia a la Norma ISO 9001:2008 7.2.1** | **Página 1 de 1** |

**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN Y VINCULACIÓN**

**REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL**

Reporte No:\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)

Carrera: No de Control

 **Periodo Reportado**

Del día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_; al día\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año\_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resumen de actividades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Total de horas de este reporte:** \_\_\_\_\_\_ **Total de horas acumuladas:** \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre, cargo y firma del responsable de programa  | sello | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre y firma del prestador |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vo. Bo. Oficina de Servicio Social |