



INFORME MENSUAL DE SERVICIO SOCIAL

ENTREGAR DENTRO DE LA PRIMER SEMANA DE CADA MES

INFORME DEL MES DE _____ AÑO _____

Nombre del Prestador: _____
No. De cuenta _____ Carrera: _____

Nombre del programa: _____
Clave del programa: _____ Dependencia: _____
Responsable: _____ Fecha de Inicio de SS: _____
Horario de actividades: _____

Día	SEMANA 1		SEMANA 2		SEMANA 3		SEMANA 4	
	Entrada	Salida	Entrada	Salida	Entrada	Salida	Entrada	Salida
Lunes								
Martes								
Miércoles								
Jueves								
Viernes								
Sábado								
Domingo								

Acumulado de horas del mes

Horas acumuladas a la fecha

Actividades Realizadas

Vo. Bo. del responsable del programa
Nombre, firma y sello

Prestador de Servicio Social
Nombre y Firma