| | | | |
|---|---|---|---|
| | **REPORTE DE ACTIVIDADES** | Código: | F-DSE-03-00-04 |
| | | No. Revisión: | 3 |
| | | Fecha de Emisión: | 30/09/2024 |
| | **REFERENCIA A LAS NORMAS** | Proceso: | EDUCATIVO |
| | **ISO 9001:2015** **ISO 14001:2015**<br>8.2.2, 8.2.4, 8.5.1 N/A | Página: | 1 de 1 |

**Reporte No.** _____

| | |
|---|---|
| Nombre del Prestador del Servicio Social: | |
| No. Control: | Carrera: |
| Nombre del Programa: | |
| Nombre del Supervisor de Actividades: | |
| Puesto del Supervisor de Actividades: | |

**Periodo reportado:**

Del _____ de _____ del 20 _____ ; Al _____ de _____ del 20 _____

| Resumen de Actividades | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Total de horas reportadas** | | **Total de horas acumuladas** | |

**NOTA:** ESTE REPORTE DEBERÁ SER LLENADO, ENTREGADO CADA DOS MESES EN ORIGINAL Y COPIA (No es válido si presenta tachaduras, enmendaduras y/o correcciones).

| | | |
|---|---|---|
| Firma y sello de la Dependencia u Organismo | Firma del interesado (a) | Firma y sello de Servicios Escolares |
| _____ | _____ | _____ |
| SUPERVISOR DEL PROGRAMA | PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL | Vo. Bo. DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES |

La información de este documento es propiedad del ITESG y queda prohibida la reproducción total o parcial sin previa autorización.
Todo documento impreso o electrónico distinto del original, es un Documento No Controlado.