Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Chihuahua

CECyTECH

F-DV-10

INFORME BIMESTRAL

N°:_____

Nombre del prestador del Servicio Social:_____

Número de control:_____ Generación:_____

Especialidad ó Carrera:_____

Periodo de : ___ ___ ___ a ___ ___ ___
Día Mes Año Día Mes Año

Campo de acción:_____
Opción:_____
Intitución_____
Ubicación:_____
Asesor del Servicio Social en la dependencia, Secretaría ó Institución:
_____
Puesto:_____

INFORME DE ACTIVIDADES

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____, Chihuahua, a _____del mes de _____ de 20_____

_____ _____
El prestador del Servicio Social El Asesor del Servicio Social