

UNIVERSIDAD ANGELÓPOLIS

INSTITUCIÓN CON RECONOCIMIENTO DE VALIDÉZ OFICIAL

REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL

NOMBRE DEL ALUMNO:		No DE REPORTE:
LICENCIATURA:	SEMESTRE:	No DE HORAS REPORTADAS:
DEPENDENCIA:		No DE HORAS ACUMULADAS:

INFORME DE ACTIVIDADES

PERÍODO REPORTADO:	FECHA DE INICIO:	FECHA DE TERMINO:
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

H. Puebla de Zaragoza, a de de 2025.

NOMBRE Y FIRMA
ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA
JEFE INMEDIATO

NOMBRE Y FIRMA
AREA DE SERVICIO SOCIAL

NOTA: El presente reporte deberá llenarse en computadora y entregarlo bimestralmente a la Institución en original y copia, dentro de los primeros 5 días hábiles a partir de la fecha arriba mencionada.