

CENTRO DE ESTUDIOS TECNOLÓGICOS industrial y de servicios No. 150
Galeana esq. Carr. Panamericana s/n Km 1 Apaseo-Qro.
Apaseo el Alto, Gto.

INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO SOCIAL

Nombre del prestador: _____

Especialidad: _____ No. Control: _____

Período de realización. Inicio _____ Término _____
Día Mes Año Día Mes Año

Horario de _____ a _____ Horas, cubriendo _____ días a la semana.

Programa : _____

Institución: _____

Ubicación: _____

- a.- Introducción.
- b.- Desarrollo de actividades.
- c.- Resultados.
- d.- Conclusiones.

Nota: Anexar las hojas necesarias para este fin.

_____ a _____ de _____ de _____
Ciudad Día Mes Año

FIRMA DEL PRESTADOR

ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL

Original plantel
c.c.p. Interesado