****

**Departamento de Operación Académica**

**REPORTE MENSUAL DEL SERVICIO SOCIAL**

|  |
| --- |
| Proyecto |
| Alumno Responsable |
| Mes | Horas del Periodo | Horas acumuladas |
| **ACTIVIDADES REALIZADAS** |
| OBSERVACIONES |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Plantel** | **Empresa o Dependencia** |
| Firma del alumno Responsable | Firma del Responsable del Departamento o Área |
| Lugar | Fecha |

Original: Coordinador del Servicio Social

C.C.P. Equipo