

REPORTE BIMESTRAL

REPORTE: (anotar el número de reporte)

**LIC. OMAR TORRES FLORES
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
DEL INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES UCIC**

P R E S E N T E.

NOMBRE DEL PRESTADOR: (nombre completo del estudiante)

LICENCIATURA: (nombre de la oferta académica)

PERIODO DEL REPORTE (número) DE (mes) DE (año) AL (número) DE (mes) DE (año)

DEPENDENCIA: (nombre de la dependencia)

DOMICILIO: (domicilio de la dependencia completo, calle, número, colonia, Código Postal)

RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL: (nombre completo del responsable)

CARGO: (cargo de la persona responsable)

HORAS LIBERADAS: (número de horas realizadas)

REPORTE DE ACTIVIDADES: (realizar una breve explicación de las actividades que realizó en el bimestre)

Puebla, Pue, a (número) de (mes) de (año)

PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL

(nombre y firma del estudiante)

(nombre y firma del responsable)

SELLO