**INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES**

**Primero** **(**  **)** Segundo ( 2 ) Tercero ( )

Ciudad de México a, de del 2025

Plantel: Ubicación:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de prestador: | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Especialidad: |  | | | | | | | | |  | | Grupo: | |  | | |
| Período de: | |  |  | |  |  |  | a |  | |  | |  | |  |  |
|  | | día |  | | mes |  | año |  | día | |  | | mes | |  | año |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Programa: | |  | | | |
| Institución: | | |  | | |
| Ubicación: | | | |  | |
| Asesor del servicio social: | | | | |  |
| Cargo: |  | | | | |

**INFORME DE ACTIVIDADES:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

(En caso de requerir mayor espacio, anexar las hojas necesarias)

Nombre y firma del prestador del servicio **N**ombre y firma del asesor del servicio

Sello de la Institución