



# COORDINACIÓN DE PRÁCTICAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL

**INFORME MENSUAL**

No.

**REPORTE DE**

PRÁCTICAS PROFESIONALES

SERVICIO SOCIAL

**NOMBRE DEL PRESTATARIO:** \_\_\_\_\_

**LICENCIATURA:** \_\_\_\_\_ **SEMESTRE:** \_\_\_\_\_

**DEPENDENCIA:** \_\_\_\_\_

**PERÍODO QUE INFORMA DEL**

DÍA	MES	AÑO

**AL**

DÍA	MES	AÑO

**HORAS MENSUALES QUE INFORMA** \_\_\_\_\_ **FECHA DE ENTREGA**

DÍA	MES	AÑO

**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**OBSERVACIONES**

---

---

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PRESTADOR**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL JEFE INMEDIATO**