



INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES

A _____ DE _____ DEL 2025

NOMBRE DEL PRESTADOR: _____

ESPECIALIDAD: _____ **GRUPO:** _____

PERIODO 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, integrar hojas anexas”

**Nombre y Firma del prestador
del servicio social**

Nombre, Firma del Asesor del servicio social y sello del lugar



2025
Año de
La Mujer
Indígena

Boulevard Benito Juárez s/n, Col. Centro, C.P. 68300, Tuxtepec, Oax.
Tel. 2878754052 correo electrónico: cbtis107.dir@dgeti.sems.gob.mx