



INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO SOCIAL

A _____ DE _____ DEL 2025

NOMBRE DEL PRESTADOR: _____

ESPECIALIDAD: _____ No. CONTROL: _____

PERIODO DE REALIZACIÓN

INICIO _____ TERMINO _____

día/mes/año

día/mes/año

HORARIO DE: _____ A _____ DE: _____ A _____

día

día

hora

hora

PROGRAMA: _____

INSTITUCIÓN: _____

UBICACIÓN: _____

NOMBRE DEL ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL: _____

FIRMA DEL PRESTADOR

FIRMA DEL ASESOR

NOTA:

- ✓ Deberá estar sellado esta hoja y.
- ✓ Entregar con el último reporte final (tarjeta de control y reporte bimestral)



2025
Año de
La Mujer
Indígena