



TARJETA DE CONTROL DE SERVICIO SOCIAL

NOMBRE: _____ EDAD: _____

DOMICILIO: _____
Calle y No. _____ Colonia _____

SEXO: () MASCULINO () FEMENINO ESPECIALIDAD: _____

SEMESTRE: _____ GRUPO: _____ No. DE CONTROL: _____

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	INSTITUCIÓN	PROGRAMA	ACTIVIDAD BÁSICA	HORAS REALIZADAS	MESES

CONTROL DE EXPEDIENTES

- () SOLICITUD
- () CURSO DE INDUCCIÓN
- () CARTA DE ASIGNACIÓN
- () PLAN DE TRABAJO
- () REPORTE FINAL
- () CARTA DE TERMINACIÓN
- () CONSTANCIA DE ACREDITACIÓN

REPORTES BIMESTRALES:

(1) (2) (3)

OTRO: _____

OBSERVACIONES:

Nombre y Firma del prestador
del servicio socialNombre, Firma del Asesor del servicio
social y sello del lugar**2025**
Año de
La Mujer
IndígenaBoulevard Benito Juárez s/n, Col. Centro, C.P. 68300, Tuxtpec, Oax.
Tel. 2878754052 correo electrónico: cbtis107.dir@dgeti.sems.gob.mx