|  |  |
| --- | --- |
| **REPORTE No.** | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | (2) | | | | | |
|  | Primer Apellido | Segundo Apellido | | Nombre (s) | | |
| Carrera: | (3) | | No. de Control: | | (4) |

**Periodo Reportado:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Del día | 29 | mes | septiembre | año | 2024 | al día | 28 | mes | noviembre | año | 2024 |

|  |  |
| --- | --- |
| Dependencia: | (6) |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Programa: | (7) |

|  |  |
| --- | --- |
| Resumen de actividades: | (8) |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Total de horas de este reporte:** | 160 | **Total de horas acumuladas:** | 320 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (11)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre, Puesto y Firma del (de la) Responsable del Programa | (12)  Sello | (13)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Alumno(a) Prestante del Servicio Social |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Vo. Bo. Jefe (Jefa) del Departamento de Gestión Tecnológica** |

**NOTA:** ESTE REPORTE DEBE SER ENTREGADO CADA DOS MESES EN ORIGINAL, DE LO CONTRARIO PROCEDERÁ SANCIÓN DE ACUERDO AL REGLAMENTO VIGENTE (No es válido si presenta tachaduras, enmendaduras y/o correcciones).