Departamento de Registro y Acreditación Informe Global

Nombre: Carrera: Programa:

Subprograma

Periodo de la prestación Inicio:

Día

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 17 | 02 | 2025 |
|  |  |  |

Mes

Año

Término:

Día

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 15 | 08 | 2025 |

Mes

Año

Dependencia receptora:

Localidad: Municipio:

**Total de horas**

**Horas laboradas**

**Actividades**

500

**Asesorado por:**  Anexar Constancia de terminación del servicio social, expedida por la dependencia receptora del servicio social (firmada y sellada por el responsable del programa.) Así como la ficha de registro.

Zamora, Mich., a 15 de Agosto del 2025 .

**Prestador Vo.Bo. Autorizó**

**(Nombre y Firma) Encargado del programa Firma y sello**

**Dirección de Servicio Social y Pasantes**