**INFORME TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES**

**SERVICIO SOCIAL**

**19 DE MAYO DE 2025 – 19 DE NOVIEMBRE DE 2025**

|  |  |
| --- | --- |
| **REPORTE N°** | **2** |
| **MESES:** | **XXXX a XXXX** |
| **REGISTRO S.S:** | **000** |

NOMBRE DEL PRESTADOR DEL S.S. **XXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX**

LIC. y/o CARRERA: **XXXXXXXXXXXX**  No. MATRÍCULA: **XXXXXXXXXXXX**

NOMBRE DEPENDENCIA: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACTIVIDADES REALIZADAS** | **DURACIÓN**  **POR ACTIVIDAD** | **OBSERVACIONES** |
| En este apartado el prestador de servicio social usando viñetas, describirá en forma detallada y enlistada todas las actividades realizadas procurando que la redacción no sea repetitiva y los comentarios de las mismas que sean pertinentes. | **LUN XX AL VIER XX XXXX XXXX** |  |
|  | **LUN XX AL VIER XX XXXX XXXX** |  |
|  | **LUN XX AL VIER XX XXXX XXXX** |  |
|  | **LUN XX AL VIER XX XXXX XXXX** | *Anexar fechas fechas festivas*  *(Por ejemplo: Marzo Día Festivo no se asistió)* |
|  | **LUN XX AL VIER XX XXXX XXXX** |  |
|  | **LUN XX AL VIER XX XXXX XXXX** |  |
|  | **LUN XX AL VIER XX XXXX XXXX** |  |
|  | **LUN XX AL VIER XX XXXX XXXX** |  |
|  | **LUN XX AL VIER XX XXXX XXXX** |  |
|  | **LUN XX AL VIER XX XXXX XXXX** |  |
|  | **LUN XX AL VIER XX XXXX XXXX** |  |
|  | **LUN XX AL VIER XX XXXX XXXX** |  |
|  | **LUN XX AL VIER XX XXXX XXXX** |  |

H. Veracruz; Ver. a XX de Noviembre del 2025.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *NOMBRE Y FIRMA*  *PRESTADOR DE S.S.* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *NOMBRE, FIRMA Y CARGO*  *RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA*  *(SELLO)* |
| Vo. Bo.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX*  *DEPARTAMENTO SERVICIO SOCIAL* | | |