



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOMÉDICAS
SECRETARÍA DE EXTENSIÓN Y DIFUSIÓN



REPORTE MENSUAL DE SERVICIO SOCIAL

Form with fields for: Nombre completo, Facultad/Escuela, Matrícula, Carrera, Nombre del Programa, Lugar de Asignación, Modalidad (Individual, Brigada, Periodos Vacacionales, Proyecto Especial), Horario, Supervisor y/o responsable del Programa, Fecha del reporte.

Número de personas beneficiadas Total de horas del mes
Total de horas acumuladas

OBSERVACIONES:

ACTIVIDADES REALIZADAS

PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

SUPERVISOR DIRECTO DEL PROGRAMA

ASESOR ACADÉMICO

UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL DE LA FACULTAD