



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DEL ESTADO DE SINALOA

ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO



UNIDAD _____

INFORME MENSUAL DE SERVICIO SOCIAL

FFS-3

No. de informe: _____

_____, Sinaloa, ____ de _____ de _____

Datos del prestador del Servicio Social.

Nombre del prestador: _____.

Licenciatura: _____.

No. de Seguridad Social: _____.

Datos de la Unidad Receptora:

Nombre de la Unidad Receptora: _____.

Nombre del Proyecto : _____.

Modalidad de prestación de servicio social: _____.

Periodo que cubre el informe: _____.

Horas Reportadas: _____ Horas Acumuladas: _____.

Descripción del Informe Mensual

I. Actividades realizadas:

II. Participantes:

III. Beneficiados:

