

UNIDAD _____

INFORME MENSUAL DE SERVICIO SOCIAL

FSS-3

No. de informe: _____

_____, Sinaloa, a ____ de _____ de _____.

Datos del prestador de 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:

IV. Metodología aplicada:

V. Técnicas aplicadas:

VI. Resultados obtenidos:

VII. Observaciones:

Prestador

Autorizó

Nombre y Firma

Nombre y Firma de la Unidad Receptora

Recibido

Coordinador(a) de Servicio Social