**Departamento de Registro y Acreditación**

**Informe Global**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Carrera: |  |
| Programa: |  |
| Subprograma: |   |
|  |
| Periodo de la prestación. | Inicio:  |  |  |  | Término: |  |  |  |
| Día | Mes | Año |  | Día | Mes |  Año |
| Dependencia receptora: |   |
| Localidad: |  | Municipio: |  |
|   |
| **Actividades** | **Horas laboradas** |
|   |  |
| **Total de horas** |  |
|  |
| **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.) |
|  |
| , Mich., a de del 201 . |
| **Recuerda conservar copia de tu documento.** |
|
|  |  |  |  |  |
| Prestador | Vo.Bo. | Autorizó |
| (Nombre y Firma) | Encargado del programa | Dirección |

*Nota: Para dudas o aclaraciones contáctanos por medio de nuestras Redes Sociales o Correo Electrónico.*