

FSS6

TERCER INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES

_____ a _____ de _____ de 2025.
Lugar día mes

Plantel: CBTis No. 265

Ubicación: San Jacinto Amilpas, Oaxaca

Nombre del prestador de Servicio Social: _____

Especialidad: _____ **Grado y Grupo:** _____

Periodo del: Del 21 de enero al 24 de marzo de 2025.

Programa:	Apoyo a las Instituciones del Sector Productivo
Institución:	
Ubicación:	
Asesor del Servicio Social:	
Cargo:	

<i>INFORME DE ACTIVIDADES</i>	



(En caso de requerir mayor espacio, anexar las hojas necesarias)

Nombre y Firma del prestador del Servicio
Social

Nombre y firma del asesor del Servicio
Social y sello.

Nota: original para el plantel y copia para el prestador

