

PLAN DE TRABAJO DE SERVICIO SOCIAL

NOMBRE DEL ALUMNO(A):

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

CARRERA:

NÚMERO DE CONTROL:

FECHA DE INICIO:

FECHA DE TERMINACIÓN:

[illegible]

NOTA: Señala con X el tiempo que requieres para realizar la actividad

FIRMA DEL SUPERVISOR(A) AQUÍ
(Eliminar este texto en azul antes
de firmar)

FIRMA DE EL/LA PRESTANTE
DE SERVICIO SOCIAL

ESCRIBE AQUÍ EL GRADO
PROFESIONAL, NOMBRE COMPLETO
Y PUESTO DEL SUPERVISOR(A)
/RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA

SELO DE LA DEPENDENCIA

Vo.Bo. OFICINA DE SERVICIO SOCIAL



2026
año de
Margarita Maza



Carr. Apatzingán-Aguililla S/N, Apatzingán, Michoacán. Col. El Tecnológico, C.P. 60710
Tels. 45353-48300 Ext.101, e-mail: dir_dapatzingan@tecnm.mx tecnm.mx apatzingan.tecnm.mx