



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:

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)**

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

SELLO DE LA DEPENDENCIA

FIRMA DE EL/LA PRESTANTE DE SERVICIO SOCIAL



2026
año de
**Margarita
Maza**

Carr. Apatzingán-Aguillilla S/N, Apatzingán, Michoacán. Col. El Tecnológico, C.P. 60710
Tels. 45353-48300 Ext.101, e-mail: dir_dapatzinqan@tecnm.mx tecnm.mx | apatzinqan.tecnm.mx

Vo.Bo. OFICINA DE SERVICIO
SOCIAL