

## 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



**2025**  
Año de  
**La Mujer  
Indígena**

Carr. Apatzingán-Aguililla S/N, Apatzingán, Michoacán. Col. El Tecnológico, C.P. 60710  
Tels. 45353-48300 Ext.101, e-mail: [dir\\_dapatzingan@tecnm.mx](mailto:dir_dapatzingan@tecnm.mx) [tecnm.mx](http://tecnm.mx) | [apatzingan.tecnm.mx](http://apatzingan.tecnm.mx)

