



INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES

Lugar y Fecha

Reporte bimestral N° _____
Hrs. del reporte: _____

Nombre del prestador:			
	Apellido paterno	Apellido Materno	Nombres
Número de Control	Especialidad		Grado y Grupo
Periodo del reporte:	Fecha de Inicio	Fecha de término	
Nombre de la dependencia:			
Nombre del programa:			
Nombre del supervisor del programa:			
Cargo en la dependencia:			
INFORME DE ACTIVIDADES (En caso de requerir mayor espacio, anexar las hojas necesarias)			

*Sello oficial de la
dependencia*

Nombre y Firma del prestador

Nombre y Firma del supervisor del programa