**Informe de Actividades del**

**Prestador de Servicio Social**

|  |  |
| --- | --- |
| Plantel | CONALEP MEXICALI II |
| Fecha | 04 DE MARZO 2019 al 03 DE MAYO 2019 |
| Nombre del Prestador |  |
| Unidad Receptora | CONALEP MEXICALI II |
| Nombre del Programa |  |

|  |
| --- |
| Actividades realizadas:  -  -  -  - |

Nombre y Firma del Prestador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vo.Bo. del Jefe Inmediato

*DE-PP/06*