PLAN DE TRABAJO

SERVICIO SOCIAL

NOMBRE DEL PRESTANTE:

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA:

NOMBRE DEL PROGRAMA:

OBJETIVO GENERAL:

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ACTIVIDAD  Objetivos específicos | PERIODO | EVIDENCIA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

FIRMA DEL RESPONSABLE DE PROGRAMA FIRMA DEL PRESTANTE

SELLO DE LA DEPENDENCIA