



# REPORTE BIMESTRAL DE ACTIVIDADES EXTRAORDINARIAS

FTO. 04/OE-CUB

PLANTEL					
01	02	03	04	05	06
07	08	09	10	11	

BIMESTRE			TURNO	
1	2	3	M	V

ORIENTADOR (A) EDUCATIVO
--------------------------

TOTAL DE HORAS CUBÍCULO	
T.M.	T.V.

SEMESTRE	
----------	--

FECHA	
-------	--

**Descripción breve SEMANAL de TODAS las demás actividades realizadas en los tiempos de cubículo:**

MES 1 : Semana 1	ACTIVIDAD REALIZADA	NÚMERO DE MÓDULOS INVERTIDOS	
		DE GRUPO	DE CUBÍCULO

MES 1 : Semana 2	ACTIVIDAD REALIZADA	NÚMERO DE MÓDULOS INVERTIDOS	
		DE GRUPO	DE CUBÍCULO

MES 1 : Semana 3	ACTIVIDAD REALIZADA	NÚMERO DE MÓDULOS INVERTIDOS	
		DE GRUPO	DE CUBÍCULO

MES 1 : Semana 4	ACTIVIDAD REALIZADA	NÚMERO DE MÓDULOS INVERTIDOS	
		DE GRUPO	DE CUBÍCULO

MES 1 : Semana 5	ACTIVIDAD REALIZADA	NÚMERO DE MÓDULOS INVERTIDOS	
		DE GRUPO	DE CUBÍCULO



# REPORTE BIMESTRAL DE ACTIVIDADES EXTRAORDINARIAS

BIMESTRE

<b>MES 2 : Semana 1</b>	ACTIVIDAD REALIZADA	NÚMERO DE MÓDULOS INVERTIDOS	
		DE GRUPO	DE CUBICULO

<b>MES 2 : Semana 2</b>	ACTIVIDAD REALIZADA	NÚMERO DE MÓDULOS INVERTIDOS	
		DE GRUPO	DE CUBICULO

<b>MES 2 : Semana 3</b>	ACTIVIDAD REALIZADA	NÚMERO DE MÓDULOS INVERTIDOS	
		DE GRUPO	DE CUBICULO

<b>MES 2 : Semana 4</b>	ACTIVIDAD REALIZADA	NÚMERO DE MÓDULOS INVERTIDOS	
		DE GRUPO	DE CUBICULO

<b>MES 2 : Semana 5</b>	ACTIVIDAD REALIZADA	NÚMERO DE MÓDULOS INVERTIDOS	
		DE GRUPO	DE CUBICULO

**ELABORÓ**  
Orientador(a) Educativo

**REVISÓ**  
Subdirector(a) Académico de plantel

**AUTORIZÓ**  
Director(a) de plantel