

Instituto Estatal o Unidad de Operación: _____

Coordinación de zona: _____

Informe de actividades mensual

Persona Voluntaria con Subsidio

Nombre: _____

Mes/Año: _____

Actividad que apoya como: _____

Descripción de Actividades realizadas*:

-

-

-

-

-

-

-

-

** Actividades exclusivamente enmarcadas dentro del apartado Tipos de apoyo de los Lineamientos de Operación 2026 que aplica para todas las actividades de las PVS.*

Nombre y firma
del Coordinador de Zona
Responsable del Seguimiento a las Actividades

Nombre y firma
de la PVS