|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL (DE LA) ESTUDIANTE:** | (1) | **No. DE CONTROL:** | (2) |
| **CARRERA:** | (3) | **SEMESTRE:** | (4) |
| **DEPENDENCIA:** | (5) | **PERIODO DE REALIZACIÓN:** | (6) |

|  |
| --- |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA: (7)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **METAS DEL PROGRAMA DEL SERVICIO SOCIAL** | | **PORCENTAJE ALCANZADO** |
| 1 | (8) | (9) |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **No.** | **ACTIVIDADES REALIZADAS MÁS IMPORTANTES REALIZADAS POR META INCLUYENDO COMPETENCIAS** |
| 1 | (10) |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |

|  |
| --- |
| **RESULTADOS (11)** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Evaluación 1** | **Evaluación 2** | **Evaluación 3** | **Evaluación 4** | **Calificación Final** |
|  |  |  |  |  |
| Fecha: | Fecha: | Fecha: | Fecha: | Fecha: |

|  |
| --- |
| **NOTA:** Este campo será llenado exclusivamente por la oficina de Servicio Social |

FECHA DE ENTREGA A LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL: (12)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (13)  NOMBRE Y FIRMA DEL (DE LA) RESPONSABLE  DE LA DEPENDENCIA | SELLO | (14)  FIRMA DEL ESTUDIANTE |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO** | **DESCRIPCIÓN** |
| 1 | Nombre completo del (la) estudiante, empezando por apellido paterno, apellido materno y nombre(s). |
| 2 | Número de control del (la) estudiante. |
| 3 | Nombre de la carrera que se encuentra cursando el (la) estudiante (a). |
| 4 | Anotar el semestre que cursa durante el servicio social. |
| 5 | Nombre completo de la dependencia en la que se realiza el Servicio Social. |
| 6 | Anotar periodo de realización del servicio social: Enero - Junio o Agosto – Diciembre. |
| 7 | Anotar el nombre completo del programa que realizó. |
| 8 | Anotar las metas (tres) del programa que se realizó. |
| 9 | Anotar el porcentaje alcanzado de cada actividad realizada (asignado por el responsable de la dependencia). |
| 10 | Anotar las actividades más importantes que se realizaron durante el servicio social. |
| 11 | Este campo lo llenará UNICAMENTE la oficina de servicio social para registrar la calificación final. |
| 12 | Anotar la fecha de entrega a la oficina de servicio social. |
| 13 | Escribir el nombre completo del (la) responsable de la dependencia, su firma y el sello oficial de la dependencia, sin tachaduras o enmendaduras. |
| 14 | El (la) prestante del servicio social deberá firmar en éste espacio. |

**Nota 1: Borrar los números guía entre paréntesis al momento de llenar el formato y el instructivo de llenado.**

**Nota 2: Todos los documentos deben ser entregados a computadora.**

**NOTA:** ESTE REPORTE DEBERÁ SER ENTREGADO DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DE LA FECHA DE TÉRMINO DEL MISMO, DE LO CONTRARIO PROCEDERÁ SANCIÓN DE ACUERDO AL REGLAMENTO VIGENTE (No es válido si presenta tachaduras, enmendaduras y/o correcciones)