**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN**

SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y NORMAL

TECNOLÓGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE CUAUTITLÁN IZCALLI

**DIRECCIÓN ACADÉMICA**

**ÁREA DE SERVICIO SOCIAL**

**FORMATO INFORME BIMESTRAL FO-205P11000-42**

 **FECHA DE ENTREGA: (1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**No. DE REGISTRO ESTATAL DE SERVICIO SOCIAL (2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ING. JUAN MANUEL CORREA HERNÁNDEZ**

**SUBDIRECTOR DE APOYO Y DESARROLLO ACADÉMICO**

**P R E S E N T E**

**NOMBRE: (3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)**

**CARRERA: (4)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PERIODO REPORTADO:**

**Del día (5) \_\_\_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_; al día (6) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dependencia: (7) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Programa: (8)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Resumen de actividades: (9)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORME BIMESTRAL NO. 1 DE 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nombre, puesto y Firma del Responsable (10)** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Sello de la Dependencia (11)** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nombre y firma del prestador (12)** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Vo. Bo. Área de Servicio Social (13)** |

|  |
| --- |
| INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO DE INFORME BIMESTRAL FO-205P11000-42 |
| OBJETIVO: REGISTRAR LOS DATOS DEL ESTUDIANTADO QUE PRESTARÁ SERVICIO SOCIAL |
| DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: SE GENERA EL ORIGINAL, ES LLENADA POR EL/LA SOLICITANTE Y LA ARCHIVA EL ÁREA DE SERVICIO SOCIAL |
| **No.** | **CONCEPTO** | **DESCRIPCIÓN** |
| 1. | FECHA DE ENTREGA | ESCRIBIR LA FECHA DE ENTREGA DEL PERIODO REPORTADO |
| 2. | NÚMERO DE REGISTRO ESTATAL  | COLOCAR EL NÚMERO DE REGISTRO ESTATAL QUE SE LE PROPORCIONA A LA O EL ESTUDIANTE |
| 3. | NOMBRE  | ESCRIBIR EL NOMBRE COMPLETO DE LA O EL ESTUDIANTE  |
| 4. | CARRERA | INDICAR A QUE CARRERA PERTENECE |
| 5. | FECHA DE INICIO | ANOTAR LA FECHA DE INICIO DEL PERIODO REPORTADO |
| 6. | FECHA DE TÉRMINO | APUNTAR LA FECHA DE TÉRMINO DEL PERIODO REPORTADO |
| 7. | DEPENDENCIA | PLASMAR EL NOMBRE DE LA DEPENDENCIA DONDE SE REALIZARÁ SERVICIO SOCIAL |
| 8. | PROGRAMA | COLOCAR EL NOMBRE DEL PROGRAMA ( SERVICIO SOCIAL) |
| 9. | RESUMEN DE ACTIVIDADES  | INDICAR BREVEMENTE LAS ACTIVIDADES QUE SE REALIZARAN DENTRO DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL |
| 10. | NOMBRE, PUESTO Y FIRMA DEL RESPONSABLE | COLOCAR EL NOMBRE COMPLETO, PUESTO Y FIRMA DEL RESPONSABLE EN LA DEPENDENCIA  |
| 11. | SELLO DE LA DEPENDENCIA | COLOCAR EL SELLO DE LA DEPENDENCIA DONDE SE PRESTA EL SERVICIO SOCIAL  |
| 12. | NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR | ESCRIBIR EL NOMBRE COMPLETO DE LA O EL ESTUDIANTE |
| 13. | VO. BO.  | FIRMA DE VISTO BUENO DEL RESPONSABLE DEL ÁREA DE SERVICIO SOCIAL |