**Tecnológico de Estudios Superiores de Cuautitlán Izcalli**

**Dirección Académica**

Subdirección de Apoyo y Desarrollo Académico

Servicio Social

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)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DRA. MARIBEL CHÁVEZ HERNÁNDEZ

SUBDIRECTORA 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 |