**MEMBRETE DE LA DEPENDENCIA U ORGANISMO**

**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN**

**OFICINA DE SERVICIO SOCIAL**

 **REPORTE No. \_\_\_\_\_1,2,o 3\_\_\_ SEGÚN SEA EL CASO**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No de Control: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Periodo Reportado: NOTA: VERIFICAR CORRECTAMENTE LAS FECHAS DE CADA REPORTES (ELIMINAR NOTA DEL FORMATO)**

Deldía: \_\_\_\_mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_; al día: \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_año \_\_\_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resumen de actividades**: (MENCIONAR MAS DE 3 ACTIVIDADES A REALIZAR, COHERENCIA Y CLARIDAD EN DESCRIPCION)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Total de horas de este reporte: \_\_\_\_\_Total de horas acumuladas: REVISAR TOTAL DE HORAS SEGÚN EL REPORTE A REGISTRAR)\_\_\_\_\_\_\_ (VER EL CALENDARIO PROGRAMADO)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **(FIRMAR CON PLUMA)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N0MBRE,PUESTO Y FIRMA DEL SUPERVISORFIRMAR A MANO CON PLUMA O EN SU DEFECTO SI CUENTA CON FIRMA DIGITAL NO FOTO | SELLO EN ORIGINAL | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA DEL INTERESADO**VA FIRMADO A MANO CON PLUMA** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vo. Bo. OFICINA SERVICIO SOCIALDEL INSTITUTO TECNOLÓGICO |

**NOTA:** ESTE REPORTE DEBERÁ SER LLENADO DIGITAL EN COMPUTADORA, ENTREGADO CADA DOS MESES EN ORIGINAL Y COPIA, **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).**

**MEMBRETE DE LA DEPENDENCIA U ORGANISMO**

**DESCRIPCION SEMANAL DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS**

**REVISAR DETALLADAMENTE LAS FECHAS CORRESPONDIENTES DE CADA REPORTE BIMESTRAL, ASI COMO LOS FORMATOS ANEXOS LOS CUALES SON PROPORCIONADAS EN LA PAGINA DEL TECNOLOGICO, Y EN EL ARCHIVO PDF PLATICA VIRTUAL**

EJEMPLO:

SEMANA 1: DEL (FECHA QUE SE INDICA SE INICIA EL SERV. SOCIAL FECHA DE LA SEMANA DE LUNES-VIERNES)

(SE MENCIONAN LAS ACTIVIDADES A REALIZAR, DESRIBIENDO CLARAMENTE)

SEMANA 2: DEL DEL (FECHA QUE SE INDICA SE INICIA EL SERV. SOCIAL FECHA DE LA SEMANA DE LUNES-VIERNES)

SEMANA 3: (Y ASI SUCESIVAMENTE HASTA COMPLETAR LAS SEMANAS Y HORAS DEL PERIODO ESTABLECIDO DEL SERVICIO SOCIAL)

(BORRAR ESTOS EJEMPLOS)