

**DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN  
OFICINA DE SERVICIO SOCIAL**

**REPORTE FINAL (APOYO ADMINISTRATIVO)**

(RESUMEN DE TODAS LAS ACTIVIDADES)

**DATOS PERSONALES**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre(s)

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_  
Calle      No.      Colonia      Municipio      Estado

\_\_\_\_\_ Teléfono                      Celular

**CORREO ELECTRONICO:** \_\_\_\_\_

**PROCEDENCIA:** \_\_\_\_\_  
Escuela      Matricula      Carrera      Teléfono

**FACULTAD O DIVISIÓN:** \_\_\_\_\_

**INICIO:** \_\_\_\_\_ **TERMINO:** \_\_\_\_\_  
Día      Mes      Año                      Día      Mes      Año

**TOTAL DE HORAS AL TÉRMINO DE MÍ SERVICIO:** \_\_\_\_\_

**AL TÉRMINO DE LA FECHA ANTERIORMENTE MENCIONADA SE LE EXTENDERÁ SU  
CARTA DE LIBERACIÓN.**

**LUGAR DONDE SE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL**

**DEPARTAMENTO**

**DEPARTAMENTO:** \_\_\_\_\_  
**JEFE DE DEPARTAMENTO:** \_\_\_\_\_  
**JEFE INMEDIATO:** \_\_\_\_\_

**COORDINACION DE ZONA**

**COORDINACION DE ZONA:** \_\_\_\_\_  
**JEFE DE DEPARTAMENTO:** \_\_\_\_\_  
**JEFE INMEDIATO:** \_\_\_\_\_

**FUNCIONES ESPECÍFICAS**

- A) APOYO ADMINISTRATIVO                      (   )
- B) APLICADOR DE EXÁMENES                      (   )

**A) APOYO ADMINISTRATIVO**

HORARIO DE ACTIVIDADES: DIAS \_\_\_\_\_ HORAS \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B) APLICADOR DE EXÁMENES**

FECHA	HORA	SEDE DE APLICACION

**SE PROHIBE APLICAR EXAMENES SI SU ACTIVIDAD ES DE ASESOR O ASESOR DE APOYO**

**NOTA:**

**En caso de algún problema con la comunidad que atiende o el personal de la institución, favor de comunicarlo a la oficina de servicio social, no esperes hazlo de inmediato.**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE  
DE DEPARTAMENTO O  
COORDINACIÓN DE ZONA**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA  
DEL JEFE INMEDIATO**