

**DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN  
OFICINA DE SERVICIO SOCIAL**

**REPORTE MENSUAL (Apoyo Administrativo/Aplicador de Exámenes)  
Reporte No. \_\_\_\_\_**

FECHA DE INICIO DEL SERVICIO SOCIAL: \_\_\_\_\_

MES QUE REPORTA DE: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

HORAS: \_\_\_\_\_  
AL MES ACUMULADAS FALTANTES

**DATOS PERSONALES**

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

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

\_\_\_\_\_  
Teléfono Celular

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

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

**LUGAR DONDE SE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL**

DEPARTAMENTO Y/O COORDINACION DE ZONA: \_\_\_\_\_

JEFE DE DEPARTAMENTO y/o COORDINADOR DE ZONA: \_\_\_\_\_

JEFE INMEDIATO: \_\_\_\_\_

**FUNCIONES ESPECÍFICAS**

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

**A) APOYO ADMINISTRATIVO**

HORARIO: \_\_\_\_\_ (DIA Y HORA)

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES:

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

**B) ENCUESTADOR**

FECHA	HORA	COLONIAS ENCUESTADAS

ADULTOS ENCUESTADOS: \_\_\_\_\_  
ADULTOS INCORPORADOS: \_\_\_\_\_

**ANEXAR LISTA DE ADULTOS INCORPORADOS A LA INSTITUCIÓN.**

**C) APLICADOR DE EXÁMENES**

FECHA	HORA	SEDE DE APLICACION

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

DESEMPEÑO	
<b>Excelente</b>	
<b>Muy Bueno</b>	
<b>Bueno</b>	
<b>Regular</b>	
<b>Irregular</b>	

Comentarios del Jefe Inmediato:

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

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

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