

DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN
OFICINA DE SERVICIO SOCIAL

REPORTE FINAL (ASESOR / ORIENTADOR EDUCATIVO)

(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

COORDINACIÓN DE ZONA

COORDINACIÓN DE ZONA: _____

COORDINADOR DE ZONA: _____

JEFE INMEDIATO: _____

No. Y NOMBRE DE LA MICRO: _____

FUNCIONES ESPECÍFICAS

- A) ORIENTADOR EDUCATIVO (PROGRAMA 10-14) ()
- B) ASESOR NIVEL INICIAL (ALFABETIZADOR) ()
- C) ASESOR NIVEL PRIMARIA ()
- D) ASESOR NIVEL SECUNDARIA ()

HORARIO DE ACTIVIDADES: DIAS _____ HORAS _____

NOMBRE DEL CENTRO DE ESTUDIOS: _____

DOMICILIO: _____

NUMERO DE ADULTOS ATENDIDOS: _____

ANEXAR LISTA CON
NOMBRES DE LOS ADULTOS

IMPORTTANTE QUE LLENES LAS PREGUNTAS:

	SI	NO
1- ¿SE LE APLICO EL EJERCICIO DE DIAGNOSTICO AL EDUCANDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- ¿SE APLICO LA FORMATIVA I AL EDUCANDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- ¿SE APLICO LA FORMATIVA II AL EDUCANDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- ¿SE FIRMO LA HOJA DE AVANCE DEL ADULTO QUE ESTA AL FINAL DEL LIBRO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FAVOR DE ESPECIFICAR SI ERES EL ASESOR O APOYO AL ASESOR:

NOMBRE DEL ADULTO	NOMBRE DE MODULOS PRESENTADOS	CALIFICACIÓN DE EXÁMENES ACREDITADOS	CERTIFICADOS
_____	Materia: _____	_____	_____
_____	Materia: _____	_____	_____
_____	Materia: _____	_____	_____
_____	Materia: _____	_____	_____
_____	Materia: _____	_____	_____
_____	Materia: _____	_____	_____
_____	Materia: _____	_____	_____

EN CASO DE HABER MÁS ADULTOS FAVOR DE ANEXAR LA HOJA CON LOS DATOS.

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.

TU NOMBRE Y FIRMA

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

**NOMBRE Y FIRMA
DEL JEFE INMEDIATO**