



**DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN
OFICINA DE SERVICIO SOCIAL**

**REPORTE MENSUAL (Apoyo Administrativo/Aplicador de Exámenes, Encuestador)
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	
Excelente	
Muy Bueno	
Bueno	
Regular	
Irregular	

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