

ANEXO XVIII. SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL

Departamento de Residencias Profesionales y Servicio Social

Datos personales

Nombre completo _____ Sexo _____
Domicilio Calle: _____ Colonia _____ No: _____
Ciudad: _____
Teléfono: _____ Celular: _____
Correo electrónico: _____

Escolaridad

No. de Control: _____ Carrera: _____
Modalidad: Presencial () Mixta ()
Periodo: _____ Semestre: _____ Bimestre: _____

Datos del Programa de Servicio Social

Dependencia Oficial: _____
Dirección calle: _____ Colonia: _____ No: _____
Ciudad: _____ Estado: _____
Teléfono: _____ Extensión: _____ Celular: _____
Nombre y profesión del Titular (a quien va dirigido) _____
Puesto del Titular la dependencia: _____
Nombre del Programa: _____
Modalidad: interno () externo ()
Fecha de inicio: _____ Fecha de Terminación: _____
Programa de Actividades: _____

Tipo de programa

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Educación para adultos | <input type="checkbox"/> Desarrollo de comunidad | <input type="checkbox"/> Act. Deportivas |
| <input type="checkbox"/> Actividades cívicas | <input type="checkbox"/> Actividades culturales | <input type="checkbox"/> Medio ambiente |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo sustentable | <input type="checkbox"/> Apoyo a la salud | <input type="checkbox"/> Otros |

Para uso exclusivo de la Oficina de Servicio Social

Aceptado: SI () NO (), Motivo: _____
Observaciones: _____

ANEXO XX. CARTA COMPROMISÓ DE SERVICIO SOCIAL

Departamento de Residencias Profesionales y Servicio Social

Con el fin de dar cumplimiento con lo establecido en la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al ejercicio de profesiones, el suscrito:

Nombre del (de la) prestatante del Servicio Social: _____

Número de control: _____ Domicilio: _____

Teléfono: _____ Carrera: _____ Semestre _____ Bimestre _____

Modalidad: Escolarizada Mixta

Dependencia u organismo: _____

Domicilio de la dependencia: _____

Responsable del programa: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

Me comprometo a realizar el Servicio Social acatando el reglamento emitido por el Tecnológico Nacional de México y llevarlo a cabo en el lugar y periodos manifestados, así como, a participar con mis conocimientos e iniciativa en las actividades que desempeñe, procurando dar una imagen positiva del Instituto en el Organismo o Dependencia oficial, de no hacerlo así, quedo enterado(a) de la cancelación respectiva, la cual procederá automáticamente.

En la Ciudad de: _____ del día _____ del mes _____ de _____.

CONFORMIDAD

Firma del (de la) prestatante del Servicio Social

Plan de Trabajo de Servicio Social

Datos del (la) prestante de Servicio Social

Nombre: _____ Núm. de control: _____ Carrera: _____

Modalidad: Escolarizada Mixta

Institución donde se presta el Servicio Social: _____

Programa de Servicio Social: _____ Período de realización: _____

Objetivo General: _____

Cronograma de actividades

Objetivos específicos	Actividades	Meses																								Observaciones
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

Vo. Bo.

Nombre, cargo y firma del (de la) Responsable del Programa

Seillo de la Institución donde
se presta el Servicio Social



ANEXO XXII. REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL

Reporte No.: _____
 Nombre: _____ Carrera: _____
 No de Control: _____ Modalidad: Escolarizada Mixta
Periodo Reportado:
 Del día: _____ mes: _____ año: _____; al día: _____ mes: _____ año: _____
 Dependencia: _____
 Programa: _____
 Resumen de actividades: _____

Total de horas de este reporte: _____ Total de horas acumuladas: _____

ANEXO XXIV. FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL (DE LA) PRESTANTE DE SERVICIO SOCIAL

Indique a que bimestre que corresponde: Bimestral Final

No.	Criterios a evaluar	Insuficiente	Suficiente	Bueno	Notable	Excelente
1	Cumplí en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos.					
2	Trabajé en equipo y me adapté a nuevas situaciones					
3	Mostré liderazgo en las actividades encomendadas					
4	Organicé mi tiempo y trabajé de manera proactiva.					
5	Interpreté la realidad y me sensibilicé aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria.					
6	Realicé sugerencias innovadoras para beneficio o mejora del programa en el que participa.					
7	Tuve iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y mostré espíritu de servicio.					

ANEXO XXV. FORMATO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR EL (LA) PRESTANTE DE SERVICIO

Indique a que bimestre que corresponde: Bimestral Final

No.	Criterios a evaluar	Insuficiente	Suficiente	Bueno	Notable	Excelente
1	¿Consideras importante la realización del Servicio Social?					
2	¿Consideras que las actividades que realizaste son pertinentes a los fines del Servicio Social?					
3	¿Consideras que las actividades que realizaste contribuyen a tu formación integral?					
4	¿Contribuiste en actividades de beneficio social comunitario?					
5	¿Contribuiste en actividades de protección al medio ambiente?					
6	¿Cómo consideras que las competencias que adquiriste en la escuela contribuyeron a atender asertivamente las actividades de servicio social?					
7	¿Consideras que sería factible continuar con este proyecto de Servicio Social a un proyecto de Residencias Profesionales, proyecto integrador, proyecto de investigación o desarrollo tecnológico?					
8	¿Recomendarías a otro estudiante realizar su Servicio Social en la dependencia donde lo realizaste?					

Observaciones _____

	Sello de la dependencia	Firma del (de la) prestador (a) del servicio social
Nombre, puesto, firma del responsable del programa		Vo.Bo, Oficina del Dpto. Servicio Social

ANEXO XXIII. FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL (DE LA) PRESTADOR(A) DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del (de la) prestatante de Servicio Social: _____

Programa: _____

Periodo de realización: _____

Indique a que bimestre corresponde:

Bimestre

Final

No	Criterios a evaluar	Insuficiente	Suficiente	Bueno	Notable	Excelente
1	Cumple en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos.					
2	Trabaja en equipo y se adapta a nuevas situaciones.					
3	Muestra liderazgo en las actividades encomendadas					
4	Organiza su tiempo y trabaja de manera proactiva.					
5	Interpreta la realidad y se sensibiliza aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria.					
6	Realiza sugerencias innovadoras para beneficio o mejora del programa en el que participa.					
7	Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y muestra espíritu de servicio.					

Observaciones: _____

Nombre, cargo y firma del (de la) responsable de programa

Sello de la dependencia/empresa

c.c.p. Oficina de Servicio Social

ANEXO XIX. CARTA DE TERMINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

Lic. Laura Luz García Lumbreras

Directora General Del ITSSLP, C

At'n: Lic. Teresa Del Carmen Guerrero López

Jefa De Residencias Profesionales y Servicio Social

Por este medio me permito informarle que el (la) C. _____ inscrito (a) en la modalidad Escolarizada mixta realizó su Servicio Social en esta dependencia, en el programa denominado: _____ desempeñando actividades: _____ durante el periodo comprendido del _____ al _____, acumulando un total de 500 horas.

En la Ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____, se extiende la presente Carta de Terminación de Servicio Social, para los fines que el (la) interesado(a) convenga.

Sello de la
dependencia
u organismo

ATENTAMENTE

Nombre, cargo y firma del (de la) responsable programa

C.c.p. Expediente de la oficina de Servicio Social.