|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datos del /a prestador/a: | | | Fecha: |
| Apellido paterno:  Arial 11, normal (no negritas, ni cursiva) | Apellido materno: | Nombre(s): | No. de Registro: |
| Matrícula: | | Sede: | |
| Generación: | | Teléfono de contacto: | |
| Licenciatura: | | Correo electrónico: | |
| Nombre del asesor o asesora: | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Institución/organización/comunidad Receptora: | | Nombre y cargo del Titular o representación de la Institución/organización/comunidad receptora: | | |
| Área específica de la institución/organización/comunidad Receptora donde se prestará el servicio social: | | Nombre y cargo del responsable del área específica de la institución/organización/comunidad receptora donde se prestará el servicio social: | | |
| Domicilio: | | | | |
| Teléfono: | | Mail: | | |
| Localidad: | Municipio: | Estado: | | |
| Área o proyecto asignado: | Anotar nombre del área, programa o proyecto | | | |
| Horarios establecidos para las actividades de servicio social: | Horario: | | Días: | Meses: |

|  |  |
| --- | --- |
| Objetivo del programa |  |
| Tienen que distinguir entre el objetivo programa y los objetivos de las actividades asignadas como prestadores de servicio social. | |
| Objetivos de las acciones asignadas como prestador o prestadora de servicio social. | |
| Objetivos específicos: (anota 3 máximo, 2 mínimo) | |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ACTIVIDADES | Mes  1 | Mes  2 | Mes  3 | Mes  4 | Mes  5 | Mes  6 | Mes  7 | Mes  8 | Mes  9 | Mes  10 | Mes  11 | Mes  12 |
| 1. Anota aquí los objetivos del programa   Este objetivo no cambia en los posteriores informes bimestrales | Las actividades tienen que estar vinculados a los objetivos. Son los que anotaron en el anterior apartado. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.- |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.- |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nota: Deberá de cambiar el “mes 1” por el nombre del mes en el que empezará, y así sucesivamente con los demás, considerando el periodo en el que pretende concluir con su servicio social

|  |
| --- |
| Resultados esperados: |
| Aprendizajes/ ¿En qué puede contribuir a tu formación? |

|  |  |
| --- | --- |
| Tutor de servicio social de la UICEH (Nombre y firma) | (El tutor o tutora funge en este caso como asesor del servicio social) |
| Responsable del estudiante en la institución receptora  (Nombre y firma) | (El formato no se aceptará si no tiene firma y sello) |
| Autorización del área de Servicio Social | Lic. Ricardo Suárez Aguilar  Director de Vinculación y Difusión |