**REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL ITT-POC-08-06**

**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN**

**OFICINA DE SERVICIO SOCIAL**

Referencia a la Norma ISO 9001:2015 8.2.3 Rev. 1

**REPORTE No. (1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre: (2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Carrera: (3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No de Control (4) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Periodo Reportado:**

Deldía: (5) \_\_\_\_mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_; al día: \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_año \_\_\_\_\_\_\_

Dependencia:(6) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa:(7) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resumen de actividades: (8)

**Total de horas de este reporte: (9) \_\_\_\_\_\_Total de horas acumuladas: (10) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (11)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N0MBRE,PUESTO Y FIRMA DEL SUPERVISOR | (12)  SELLO | (13)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA DEL INTERESADO |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(14)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vo. Bo. OFICINA SERVICIO SOCIAL  DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO |

**NOTA:** ESTE REPORTE DEBERÁ SER LLENADO A MÁQUINA, ENTREGADO CADA DOS MESES EN ORIGINAL Y COPIA, DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DE LA FECHA DE TÉRMINO DEL MISMO, DE LO CONTRARIO PROCEDERÁ SANCIÓN DE ACUERDO AL REGLAMENTO VIGENTE (No es válido si presenta tachaduras, enmendaduras y/o correcciones).

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Descripción** |
| 1 | Número del reporte correspondiente. |
| 2 | Apellido paterno, materno y nombre (s) del prestante de Servicio Social. |
| 3 | Nombre de la carrera que cursa el prestante de Servicio Social. |
| 4 | Número de control del prestante de Servicio Social. |
| 5 | Día, mes y año del periodo correspondiente al reporte. |
| 6 | Nombre de la dependencia u organismo donde el prestante realiza el Servicio Social. |
| 7 | Nombre del programa en el cual se encuentra inscrito el prestante de Servicio Social. |
| 8 | Actividades que el Alumno/Prestante de Servicio Social realizó durante el periodo indicado. |
| 9 | Número de horas que abarca este reporte. |
| 10 | Número total de horas acumuladas desde el inicio a la fecha. |
| 11 | Nombre, puesto y firma del supervisor del Alumno/Prestante de Servicio Social o del área del Organismo en donde lo realiza. |
| 12 | Sello de la oficina donde el Alumno/Prestante realiza su Servicio Social |
| 13 | Firma del interesado (Alumno/Prestante de Servicio Social). |
| 14 | Firma del Jefe de la Oficina de Servicio Social. |