|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE PURÍSIMA DEL RINCÓN** | |
| **REPORTE FINAL DE SERVICIO SOCIAL** | Código: P016-05 |
| Revisión: 0 |
| Fecha: 06/06/18 |
| Hoja 1 de 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PURÍSIMA DEL RINCÓN, GTO.** | | | | **FECHA DE ENTREGA:** | | | | | | | **DE DEL** | | | | | | |
| **NOMBRE:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CARRERA:** | |  | | | | | | **NÚMERO DE CONTROL** | | | | | |  | | | |
| **DEPENDENCIA:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROGRAMA:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EVALUACIÓN**  **(Llenado exclusivo para el supervisor/supervisora)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | **NIVEL DE DESEMPEÑO** | | | | | | | |
| **CRITERIOS A EVALUAR** | | | | | | | | | | **INSUFICIENTE** | | **SUFICIENTE** | | | **BUENO** | **NOTABLE** | **EXCELENTE** |
| Cumplió en tiempo y forma con las actividades encomendadas, alcanzando los objetivos | | | | | | | | | |  | |  | | |  |  |  |
| Trabajó en equipo y se adaptó a nuevas situaciones | | | | | | | | | |  | |  | | |  |  |  |
| Organiza su tiempo y trabaja de manera proactiva | | | | | | | | | |  | |  | | |  |  |  |
| Mostró respeto en todo momento para con las personas | | | | | | | | | |  | |  | | |  |  |  |
| Tiene iniciativa para la realización de las actividades encomendadas y muestra espíritu de servicio | | | | | | | | | |  | |  | | |  |  |  |
| **OBSERVACIONES:** | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **AUTORIZACIÓN**  **(Llenado exclusivo por el supervisor / supervisora)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FECHAS:** | INICIO DEL SERVICIO SOCIAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TERMINACIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL DE HORAS DE SERVICIO REALIZADO:**  **(con letra y número)** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| SELLO DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA | | | | | | | | | SELLO ITSPR | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| **FIRMA DEL SUPERVISOR (RA) DEL SERVICIO** | | | | | **FIRMA DEL ESTUDIANTE** | | | | | | | | **FIRMA DEL ÁREA DE SERVICIO SOCIAL** | | | | |