	Formato de Tarjeta de Control de Servicio Social	Código:TECSJ-VI-PO-002-02
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 8.1	Revisión: 0
		Página 1 de 2

**EXTENCION Y VINCULACION
OFICINA DE SERVICIO SOCIAL
TARJETA DE CONTROL**

NOMBRE: _____	EDAD: _____	SEXO: (4) _____
DOMICILIO: _____		TEL _____
CARRERA: _____		SEM _____
No. DE CONTROL _____	CREDITOS APROBADOS _____	% _____


PERIODO

INICIO	TERMINACION	PROGRAMA	DEPENDENCIA	HORAS ACREDITADAS
(12)	(13)	(14)	(15)	(16)

CONTROL DE EXPEDIENTE (17)

SOLICITUD	<input type="text"/>	REPORTES BIMESTRALES	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CURSO DE INDUCCIÓN	<input type="text"/>	REPORTE FIJAL	<input type="text"/>	
CARTA DE ACEPTACION	<input type="text"/>	EVALUACIÓN CUALITATIVA	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
PLAN DE TRABAJO	<input type="text"/>	AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CONSTANCIA DE TERMINACIÓN	<input type="text"/>	EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	<input type="text"/>	
		CARTA DE TERMINACIÓN	<input type="text"/>	FECHA: <input type="text"/>
		CONSTANCIA OFICIAL	<input type="text"/>	FECHA: <input type="text"/>

OBSERVACIONES. (18)

	Formato para Solicitud de Servicio Social	Código:TECSJ-VI-PO-002-02
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 8.1	Revisión: 0
		Página 1 de 1

**EXTENCION Y VINCULACION
OFICINA DE SERVICIO SOCIAL
SOLICITUD**

FOTO

DATOS PERSONALES

Nombre completo (1) _____

Sexo (2) _____ Teléfono:(3) _____ Domicilio: (4) _____

Correo electrónico _____

ESCOLARIDAD

No. de Control: (5) _____ Carrera:(6) _____

Periodo: (7) _____ Semestre: (8) _____

DATOS DEL PROGRAMA

Dependencia Oficial: (9) _____

Titular de la Dependencia: (10) _____

Puesto y nombre del Jefe Inmediato (11)

Nombre del Programa: (12) _____

Modalidad: (13) _____ Fecha de Inicio: (14) _____ Fecha de Terminación: (15) _____


Actividades: (16)

Tipo de programa: (17)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL

ACEPTADO: (18) SI (); NO () MOTIVO: (19) _____

OBSERVACIONES: (20)

 Tecnológico Superior de Jalisco	Formato de Carta Compromiso Servicio Social		Código:TECSJ-VI-PO-002-02
			Revisión: O
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 8.1	Página 1 de 1	

**EXTENCION Y VINCULACION
OFICINA DE SERVICIO SOCIAL
CARTA COMPROMISO**

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

NOMBRE: (1)_____No. DE CONTROL (2) _____

DOMICILIO: (3)_____TEL: (4)_____

CARRERA: (5)_____SEMESTRE: (6) _____

DEPENDENCIA: (7) _____

DOMICILIO DE LA DEPENDENCIA: (8) _____

RESPONSABLE DEL PROGRAMA: (9) _____


FECHA DE INICIO: (10)_____FECHA DE TERMINACIÓN: (11) _____

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

En la ciudad de: (12)_____del día (13)_____del mes
_____de _____

Conformidad

Firma del alumno (14)

	Formato de Plan de Trabajo Servicio Social	Código:TECSJ-VI-PO-002-02
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 8.1	Revisión: 0
		Página 1 de 1

**EXTENCION Y VINCULACION
OFICINA DE SERVICIO SOCIAL
PLAN DE TRABAJO**

DATOS DEL PRESTANTE DE SERVICIO SOCIAL

NOMBRE COMPLETO:(2)_____EDAD:(3)_____SEXO:(4)

DIRECCION:(5)_____TEL:(6)_____

CALLE Y NUMERO COLONIA CIUDAD Y ESTADO

CARRERA:(7)_____SEMESTRE:(8) _____

No. DE CONTROL:(9)_____No. DE CREDITOS CUBIERTOS:(10) _____

DATOS DEL PROGRAMA

NOMBRE: (11)

OBJETIVO (12)

ACTIVIDADES A DESARROLLAR: (13)

TIPO DE ACTIVIDADES: (14)

SERVICIO SOCIAL LO REALIZARA DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE LA DEPENDENCIA:
(15)

DONDE:(16)_____

FECHA d/m/a (17) _____

(18)
RESPONSABLE DIRECTO DEL PROGRAMA
NOMBRE Y FIRMA

(19)
RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA
NOMBRE, FIRMA Y SELLO