### **Informe del 100% del Servicio Social**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | | **Carnet No:** | |  |
| **Carrera:** |  | | **Código:** | |  |
| **Nombre del Plan de Trabajo:** | | | **Fecha de Inicio del Servicio Social:** | | |
|  | | |  | | |
| **Nombre y dirección completa de la Institución donde realiza el Servicio Social:** | | | | **Teléfonos:** | |
|  | | | |  | |
|  | | | |  | |
| **Nombre del responsable de la Comunidad/Institución:** | |  | | | |

**Actividades realizadas y fechas:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **HORARIO** | | **ACTIVIDADES REALIZADAS** | | **TOTAL**  **HORAS** |
| **DE** | **HASTA** |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| **TOTAL** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dificultades:** |  | |
|  | |
| **Cumplimiento de Objetivos y Metas:** |  | |
|  | |
| **Observaciones:** |  | |
|  | |
| **Fecha de entrega:** |  |

**Tutor del departamento Responsable de la Institución**

**O sección**

**Coordinador de la Sub Unidad**

**de Proyección Social**