## INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ENSENADA

DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN

OFICINA DE SERVICIO SOCIAL Y DESARROLLO COMUNITARIO

P L A N D E T R A B A J O

NOMBRE DEL ALUMNO: (1) CARRERA: (2)

No. DE CONTROL: (3) DEPENDENCIA DONDE REALIZA SERVICIO SOCIAL: (4)

PROGRAMA: (5) FECHA DE INICIO (6) FECHA DE TÉRMINO: (7)

OBJETIVO DEL PROGRAMA: (8)

**Detalle de actividades:** (9)

|  |  |
| --- | --- |
| **No.** | **Especificación** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |

**Cronograma de realización de actividades** (10)

|  |  |
| --- | --- |
| Ac | Semanas |
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIANOMBRE, FIRMA Y SELLO(11) | RESPONSABLE DIRECTO DEL PROGRAMANOMBRE Y FIRMA(12) | JEFE OFNA. SERVICIO SOCIALNOMBRE Y FIRMAVo. Bo. Gabriela G. Gutiérrez G. |

Instrucciones del llenado:

Al llenar el formato quitar los números entre paréntesis, ya que solo es referencia

|  |  |
| --- | --- |
| (1) | Nombre completo del alumno |
| (2) | Nombre de la Carrera cursando  |
| (3) | Numero de control del alumno |
| (4) | Nombre de la dependencia donde realiza su servicio social |
| (5) | Nombre del programa que selecciono en el sistema |
| (6) | Fecha de inicio del servicio social (misma fecha del registro) |
| (7) | Fecha de terminación del servicio (contando 6 meses a partir del registro) |
| (8) | Objetivo del programa que selecciono  |
| (9) | Detalles de las actividades que realiza durante el periodo que preste su servicio |
| (10) | Cronograma de actividades: actividades distribuidas en las 24 semanas |
| (11) | Nombre completo, firma del titular de la dependencia, y sello de la dependencia donde presta su servicio |
| (12) | Nombre completo, cargo, firma del responsable directo del programa donde presta su servicio  |
| (13) | Nombre completo y firma del Jefe de la Oficina de Servicio Social del ITE |

Al entregar el documento únicamente enviar la primera hoja