***PLAN DE TRABAJO***

**PRESTANTE DE SERVICIO SOCIAL**

|  |
| --- |
| *NOMBRE COMPLETO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    *CARRERA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEMESTRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *NO. DE CONTROL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.* |

**DATOS DEL PROGRAMA**:

Precisar los aspectos y actividades que llevarán a cabo, durante el desarrollo de su servicio social, lo que servirá de base para rendir los informes parciales y el definitivo al término de su periodo de servicio social.

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL RESPONSABLE Y PUESTO** | **OBJETIVO:**  (Precisando de acuerdo al plan de trabajo, los objetivos que justifican la prestación) |
| **ACTIVIDADES A DESARROLLAR:**  (Indicar las actividades que se desarrollan todos los días.  1.-administrativas  2.-Técnicas  3.-asesorías  4.-Investigación  5.-Docentes  6. Otras | **ACTIVIDADES:**  Las actividades deberán corresponder a los objetivos y relacionarse con el quehacer que les ha sido confiado.  ENE FEB MAR ABR MAYJUN JUL AGO SEP OCT NOV DIC   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ENE | FEB | MAR | AB | MA | JU | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| EL SERVICIO SOCIAL LO REALIZARA DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE LA DEPENDENCIA: SI NO  DEPENDENCIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  INDICAR la dependencia y la oficina donde se desarrollará el trabajo.    HORARIO DE ACTIVIDADES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DIAS DE TRABAJO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Los horarios de actividades indicarán días y horas a cubrir por el prestante, con precisión de los días hábiles e inhábiles, si fuera necesario, pero con la anotación y autorización de la Dependencia solicita. | |

–––––––––––––––––––––––––––––––

RESPONSABLE DEL PROGRAMA

Observaciones: El Plan de Trabajo, (que se recomienda hacer previamente y forma conjunta con la dependencia solicitante), permite detectar con mayor precisión objetivos y actividades que harán más efectiva y funcional esta prestación obligatoria para los alumnos, pero que al cumplirse, habrá dejado un beneficio para la Institución que lo solicita. El informe final será además un documento que no dejará dudas sobre el desarrollo del proyecto que contempla el Plan de Trabajo.