

INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DE SERVICIO SOCIAL

AGUASCALIENTES, AGS. A ____ DE ____ DEL 20 ____

NOMBRE DEL PRESTADOR: _____

ESPECIALIDAD: _____ No. DE CONTROL: _____

FECHA DE INICIO: _____ FECHA DE TÉRMINO: _____

HORARIO: _____ DIAS DE LA SEMANA: _____

DE LA INSTITUCION DONDE PRESTAS TU SERVICIO SOCIAL:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DEL ASESOR DE SERVICIO SOCIAL: _____

PUESTO QUE DESEMPEÑA: _____

BREVE RESEÑA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:

CUADRO DE EVALUACIÓN
MARQUE CON UNA "X" EL LUGAR SELECCIONADO

ASPECTOS	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	COMENTARIOS DEL EVALUADOR
CONDUCTA					
ASISTENCIA					
EFICIENCIA					
INICIATIVA					
DISPOSICIÓN					
PUNTUALIDAD					

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

SELLO

NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR

Original para el Plantel.

Copia para la Institución y para el Prestador.