

Firma y Sello del Responsable inmediato



Nova Universitas

Carretera Oaxaca - Puerto Ángel Km 34.5, Ocotlán de Morelos, Oaxaca.

EVALUACIÓN FINAL DE SERVICIO SOCIAL

C. Jefe del área.

Con la finalidad de atender cada vez con mayor calidad y eficiencia el Servicio Social de nuestros alumnos y egresados, así como para tener referencias que orienten nuestras acciones que respondan a las nuevas necesidades del sector público, agradecemos a usted requisitar el siguiente formato:

Institución o dependencia: _____

Área: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Web: _____

Responsable inmediato: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del alumno o egresado: _____

Carrera: _____

Periodo de Servicio Social en el área: De _____ al _____

Total de horas trabajadas: _____

Descripción general de funciones asignadas al alumno: _____

EVALUACIÓN GENERAL DEL ALUMNO					
	Muy bien	Bien	Regular	Mal	Pésimo
Disciplina					
Puntualidad					
Presentación					
Responsabilidad					
Desempeño					
Calidad en el trabajo desarrollado					
Nivel de conocimiento					
Iniciativa					
Eficiencia					
Lealtad y discreción					

¿Considera necesario reforzar y/o incorporar algunos temas en la carrera del alumno?

Si _____ No _____ Especifique: _____

Fecha

Firma y sello

NOTA: Agradecemos que esta información sea confidencial y en la medida de sus posibilidades se remita en sobre cerrado.



Nova Universitas

Carretera Oaxaca - Puerto Ángel Km 34.5, Ocotlán de Morelos, Oaxaca.

SERVICIO SOCIAL

NOMBRE: _____

CARRERA: _____

SEMESTRE: _____

INSTITUCIÓN O DEPENDENCIA: _____ **ÁREA:** _____

1. Menciona las funciones más relevantes que realizó durante sus Servicio Social:
2. ¿Hubo alguna limitante para realizar sus funciones durante su estancia?
3. De las funciones que realizó, ¿Qué materias vistas en clase le sirvieron como base para su desempeño?
4. ¿Considera necesario reforzar y/o incorporar alguna materia? ¿Cuál?
5. Por parte del personal, ¿Cómo fue el trato que se le dio en la institución o dependencia?
6. ¿Presentó exámenes en la institución o dependencia antes de entrar? Especifique de que tipo.
7. De la siguiente documentación indique con una **X** cual le fue solicitada para la institución o dependencia

- ___ Historial académico
- ___ Programa de estudios
- ___ Currículum
- ___ Número de afiliación al seguro social
- ___ Recibo de honorarios
- ___ Examen Médico
- ___ Convenio
- ___ Seguro de Vida
- ___ Copia de acta de nacimiento
- ___ Copia de credencial de elector
- ___ Constancia de vigencia de derechos IMSS

Otros (Especifique) _____

Nombre, firma y sello del Jefe de carrera



Nova Universitas

Carretera Oaxaca - Puerto Ángel Km 34.5, Ocotlán de Morelos, Oaxaca.

SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL

Fecha ____
dd mm aaaa

Nombre: _____

A. Paterno

A. Materno

Nombre(s)

Carrera: _____ Semestre: _____

Matricula: _____ Lengua indígena: _____

Domicilio: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Institución o dependencia: _____

Área: _____

Nombre del programa o proyecto: _____

Responsable inmediato: _____

Cargo que ocupa: _____

Dirección: _____

Ciudad o localidad: _____

Estado: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Página web: _____

Duración: _____ meses Horas: _____

Sector: Público _____ Social _____

Fecha de inicio: ____
dd mm aaaa

Fecha de término: ____
dd mm aaaa

Firma del prestador del Servicio Social

Firma y Sello del Responsable inmediato

Nombre, firma y sello del Jefe(a) de Carrera

Firma y Sello del Departamento de
Servicios Escolares



Nova Universitas

Carretera Oaxaca - Puerto Ángel Km 34.5, Ocotlán de Morelos, Oaxaca.

Cronograma de Actividades de Servicio Social				
Nombre	(nombre del alumno(a) o egresado iniciando por apellido paterno)		Semestre: (8vo, 9no, 10mo, ó egresado)	
Carrera			Matrícula:	
Institución o dependencia			Lugar: (municipio, estado. Ejemplo: Ocotlán de Morelos, Oaxaca)	
Área			Responsable inmediato:	
Objetivo: Planear las actividades del Servicio Social prestado del _____ de _____ al _____ de _____ de _____.				
No.	Actividad	dd/mm/aaaa - dd/mm/aaaa		Observaciones
1	Nombre de actividad	01/03/2017	-	01/09/2017
2			-	
			-	
			-	
			-	
			-	
			-	

Vo. Bo.

Firma del prestador del Servicio Social

Firma y Sello del Responsable inmediato