



Objetivos:

Resultados esperados:

Consultar la siguiente información con el Responsable directo de la Dependencia Receptora:

¿Tiene convenio vigente con la CUSXXI y/o UAEM? () Si () No	¿Cuenta con financiamiento? () Si () No	Institución que otorga el financiamiento:
---	---	---

Apoyo(s) al prestador			
Económicos:	Académicos:	Servicios:	Otros:
Pago único () Pago mensual () No. de meses ____	() Cursos () Tutoría () Asesoría () Ninguno	() Capacitación () Transporte () Comedor	

Vo.Bo. del Tutor Académico del prestador



Grado académico y nombre completo	
Correo electrónico:	

	Validación
Nombre y firma del Prestador de Servicio Social	
Nombre y firma del responsable directo, con sello de la dependencia receptora	
Nombre y firma del Responsable de Servicio Social en el Espacio Académico	
Nombre y firma del Responsable de Servicio Social de la UAEM	



Instrucciones: Contestar solo estas hojas, para tu **Informe Trimestral**.

Nota: Si requieres más espacio, puedes anexar hojas.

Datos del prestador			Tipo de Reporte: Trimestral (No.) Final ()		
Nombre (s):		Apellido paterno:		Apellido materno:	
Espacio académico:	No. de cuenta:		Carrera:		
Dependencia receptora:					
Departamento, área, o Programa Social donde se realizó el servicio social:					
Período:	Del:	de	de	Al: de de	Horas de servicio a la fecha:

Título del proyecto o actividad general:



Actividades sobresalientes (Enlista y explica brevemente las actividades desarrolladas)

Large empty rectangular box for listing and explaining outstanding activities.

	Validación
Nombre y firma del Prestador de Servicio Social	
Nombre y firma del responsable directo, con sello de la dependencia receptora	
Nombre y firma del Responsable de Servicio Social en el Espacio Académico	
Nombre y firma del Responsable de Servicio Social de la UAEM	



Instrucciones: Contesta estas hojas y las anteriores para tu **Informe Global**.

Total de horas de servicio:

Datos del prestador		
Nombre (s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
Espacio académico:	No. de cuenta:	Carrera:
Dependencia receptora:		
Departamento, área, o Programa Social donde se realizó el servicio social:		
Período:	Del: de de	Al: de de

Impacto social (¿Cómo contribuyó tu actividad a la problemática identificada?)



Impacto académico (<i>¿Se relacionan las actividades desarrolladas con tu perfil profesional?, Si, No ¿Por qué?</i>)

Resultados y/o beneficios obtenidos (<i>tanto personales como de la institución, organización o empresa a la que apoyaste</i>)

Validación	
Nombre y firma del Prestador de Servicio Social	
Nombre y firma del responsable directo, con sello de la dependencia receptora	
Nombre y firma del Responsable de Servicio Social en el Espacio Académico	
Nombre y firma del Responsable de Servicio Social de la UAEM	



Apreciación del Tutor Académico:	Validación
Grado académico y nombre completo:	
Comentarios generales:	
_____ Firma	