

REPORTE MENSUAL DE LA DEPENDENCIA

Servicio Social

Prácticas Profesionales

Fecha: _____

No. de Reporte: _____

Se realizó un Total de _____ horas durante el periodo del _____ al _____.

NOMBRE DEL PRESTADOR	MATRICULA
NOMBRE Y CARGO DEL JEFE INMEDIATO	
ACTIVIDADES REALIZADAS	

A continuación evalúe (X) en escala del 5 al 10 al prestador con respecto al Servicio Social:

- 5 6 7 8 9 10 Relaciones Interpersonales
 5 6 7 8 9 10 Nivel de adaptación al medio de trabajo
 5 6 7 8 9 10 Asistencia
 5 6 7 8 9 10 Puntualidad
 5 6 7 8 9 10 Calidad del trabajo realizado
 5 6 7 8 9 10 Actitud profesional

Observaciones:

NOTA: El presente reporte deberá ser contestado por el supervisor responsable del Servicio Social o Prácticas Profesionales y entregado al estudiante en sobre cerrado.

SELLO DE LA INSTITUCIÓN

FIRMA DEL RESPONSABLE