**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DEL SUR DEL ESTADO DE YUCATÁN  
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL Y RESIDENCIA PROFESIONAL**

**PLAN DE TRABAJO DEL PRESTANTE**

**Planeación del Periodo:** 8 DE JULIO DE 2019 AL 9 DE ENERO DE 2020

Nombre:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Carrera: No de Control:

**Objetivo.**

Lograr satisfactoriamente el cumplimiento del servicio social prestado **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** , cubriendo el programa y los horarios establecidos en mi plan de trabajo de acuerdo a 480 horas dentro de los seis meses según el reglamento.

**Metas.**

* Lograr los tiempos programados de las actividades que me sean asignadas en el área de trabajo.
* Cumplir con la entrega de los documentos requeridos según lo dispuesto en la planeación entregada por el Departamento de Servicio Social y Residencia Profesional, en las fechas y horarios establecidos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Día** | **Actividades** | **Horario** | **Total de Horas** |
| Lunes |  |  | 4 |
| Martes |  |  | 5 |
| Miércoles |  |  | 5 |
| Jueves |  |  | 4 |
| viernes |  |  | 4 |

**PLANEACIÓN DE LAS HORAS A REALIZAR POR SEMANA.**

**PLANEACIÓN DE LAS HORAS ACUMULADAS POR MES.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Horas por mes de actividades realizadas** | **ENE** | **FEB** | **MAR** | **ABR** | **MAY** | **JUN** | **JUL** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Horas acumuladas** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N0MBRE,PUESTO Y FIRMA DEL SUPERVISOR | SELLO | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA DEL INTERESADO |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vo. Bo. OFNA. SERVICIO SOCIAL  DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DESCENTRALIZADO |