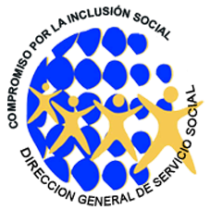
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA**

**Dirección General de Servicio Social**

Subdirección de Unidad Regional Centro

**Informe Mensual de Servicio Social**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lugar:** | | | **Fecha de entrega:** dd-mm-aaaa | |
| **Datos del Brigadista** | | | | |
| Unidad Académica: | | | Carrera: | |
| Número de Cuenta: | Nombre del Brigadista: | | | |
| **Datos de la Unidad Receptora** | | | | |
| Nombre de la Unidad Receptora: (En este orden: Departamento – Dependencia – Unidad Receptora) | | | | |
| Nombre del proyecto: | | | | |
| Modalidad de prestación de Servicio Social:  **Unidisciplinaria** | | Periodo que cubre el Informe:  dd-mm-aaaa al dd-mm-aaaa | | |
| Número de Informe: | | Horario de asistencia: | | Horas reportadas: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y firma**  Asesor(a) Autorizado | **Nombre, firma y sello**  Responsable de la Unidad Receptora |
|  |  |
| *Coordinación de Servicio Social*  ***Firma de Recibido*** | |

**En la hoja u hojas siguientes describe el informe mensual**

I. Actividades realizadas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Título del proyecto autorizado por el asesor | | | |
| Periodo que cubre el informe: dd/mm/aa al dd/mm/aa | | | |
| Objetivo Particular | Meta | Actividades | Avances de meta |
| Obj 1. | Meta 1 | Actividad 1. Describir |  |
|  |  | Actividad 2. Describir |  |
|  |  | Actividad 3. Describir |  |
|  | Meta 2 | Actividad 1. Describir |  |
|  |  |  |  |
| Actividades complementarias:  Son aquellas actividades que se realizan fuera de las contempladas en el proyecto, pero fortalecen al mismo. | | | |

II. Metodología aplicada

III Técnicas aplicadas

IV. Resultados obtenidos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actividades** | **Beneficiarios** | | **Resultados** | **Descripción de resultado** |
| **Cantidad** | **Población** |
| **Actividad 1** |  |  |  |  |
| **Actividad 2** |  |  |  |  |
| **Actividad 3** |  |  |  |  |

V. Observaciones

***Observaciones:***

Considero que mis actividades realizadas fueron*: Comentario del Brigadista de Servicio Social*

VI. Evidencias