**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