

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



## FACULTAD DE ODONTOLOGÍA SECRETARÍA DE RELACIONES ESTUDIANTILES



### *COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL*

### INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

ALUMNO \_\_\_\_\_ PROGRAMA \_\_\_\_\_ PERIODO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No DE REPORTE \_\_\_\_  
DIA MES AL DIA MES AÑO

**ACTIVIDAD (NARRATIVA)**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ALUMNO

\_\_\_\_\_  
SELLO DE LA INSTITUCIÓN

**NOTA:** Los reportes deberán ser llenados en computadora o a máquina, y no deberán presentar tachaduras, enmendaduras ni raspaduras.  
No entregarlos doblados ni sucios.

DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_

PROGRAMA: \_\_\_\_\_

MES: \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN DEL PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL**

1. ¿Asistió puntualmente al servicio? Si  No
2. ¿Cumplió con el horario asignado? Si  No
3. ¿Cumplió eficientemente con las labores asignadas? Si  No
4. Total de inasistencias injustificadas de este mes

***Favor de especificar en observaciones***

**OBSERVACIONES**

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE