



*Departamento de Extensión y
Apoyos Educativos*



Procedimiento durante tu Servicio Social

PRESENCIAL

Reportes mensuales

Deberás elaborar un reporte mensual de actividades, que subirás al SISS (junto con el control de asistencia).

¿Dónde obtengo el formato?

[Descargar Documento](#)



Recuerda recabar la firma con **tinta azul** de tu **Responsable Directo** y el sello correspondiente de tu **Prestatario** (lugar donde estás realizando tu servicio social).



Instituto Politécnico Nacional

Indicar nombre completo de la Unidad Académica

[Enviar formulario](#)

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS E INTEGRACIÓN SOCIAL

Departamento de Extensión y Apoyos Educativos.

REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES No.

Correspondiente al periodo mensual del:

al

Datos del Prestador o Prestadora

Nombre:

Programa Académico:

Boleta:

Porcentaje de Creditos:

% No. de Registro:

Teléfono Particular:

Correo electrónico:

Prestatario:

Programa:

Redacción en párrafos describiendo las actividades realizadas durante el periodo mensual.

Completar este formato en Adobe Acrobat para su correcto funcionamiento.
Posteriormente deberá imprimirse, firmarse y sellarse de manera autógrafa. Finalmente deberá digitalizarse junto con el Control de Asistencia, cargado y validado por el Responsable Directo en el Sistema Institucional de Servicio Social.

Firmar con tinta azul.

Elaboró

Autorizó

Responsable Directo

Sello del Prestatario

Página 1 de 1

Control de asistencia

Instituto Politécnico Nacional
Indicar nombre completo de la Unidad Académica
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS E INTEGRACIÓN SOCIAL
Departamento de Extensión y Apoyos Educativos.

CONTROL DE ASISTENCIA

Correspondiente al reporte mensual de actividades:
Periodo del: al: No de Registro:
Nombre del Prestador: Boleta:
Programa Académico:

No.	Fecha	Hora de Entrada	Hora de Salida	Horas por día	Firma
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
TOTAL DE HORAS PRESTADAS POR MES					
TOTAL DE HORAS PRESTADAS ACUMULADAS					

Firmar con tinta azul

Nombre:
Cargo:

Responsable Directo

Sello del Prestatario

¿Dónde obtengo el formato?

[Descargar Documento](#)



Una vez descargado debes abrirlo con Adobe Acrobat

*El **prestashopor (tú)** deberá firmar con **tinta azul** todas las horas.

Recaba la firma con **tinta azul** de tu **Responsable Directo** y el sello correspondiente de tu **Prestatario** (lugar donde estás realizando tu servicio social).

¿Cómo llenar el formato de control de asistencia?

EJEMPLO:

Si iniciaste tu servicio el 16/04/2025 y concluirás el 18/11/2025:

1. Periodo del: 16/04/2025 al 15/05/2025
2. Periodo del: 16/05/2025 al 15/06/2025
3. Periodo del: 16/06/2025 al 15/07/2025
4. Periodo del: 16/07/2025 al 15/08/2025
5. Periodo del: 16/08/2025 al 15/09/2025
6. Periodo del: 16/09/2025 al 15/10/2025
7. Periodo del: **16/10/2025 al 18/11/2025**

Instituto Politécnico Nacional
Indicar nombre completo de la Unidad Académica
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS E INTEGRACIÓN SOCIAL
Departamento de Extensión y Apoyos Educativos.
CONTROL DE ASISTENCIA

Correspondiente al reporte mensual de actividades:
Periodo del: _____ al: _____
Nombre del Prestador: _____
No de Registro: _____
Boleta: _____
Programa Académico: _____

No.	Fecha	Hora de Entrada	Hora de Salida	Horas por día	Firma
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
TOTAL DE HORAS PRESTADAS POR MES					
TOTAL DE HORAS PRESTADAS ACUMULADAS					

Completar este formato en Adobe Acrobat para su correcto funcionamiento. Posteriormente, deberá firmarse y sellarse de manera digitalizada adjunto al reporte mensual de actividades, carpado y validado por el Responsable Directo en el Sistema Institucional de Servicio Social.

Nombre: _____
Cargo: _____

Responsable Directo

Sello del Prestatario

Reportar solo asistencias 

(NO se reportan faltas, días inhábiles  ni periodos vacacionales)



Aquí debe ir TU FIRMA
(tinta azul)

Envío de los reportes mensuales

El Reporte Mensual se conforma por el **Reporte de Actividades** y el **Control de Asistencia**, recuerda entregarlo para firma a tu **Responsable Directo** en un tiempo máximo de **5 días hábiles** después de concluir el mes de prestación.

*Subir en PDF, no máximo a 1.5 Mb



Notifica a tu
Responsable Directo
para que valide tus
reportes.

Reporte Mensual de Actividades

No olvides que tu reporte mensual de actividades y el formato de asistencia debe ser subido en un solo archivo por periodo, de lo contrario será rechazado por tu responsable directo

No cuentas con ningún reporte mensual guardado hasta el momento

Selección del archivo a guardar

Recuerda que deben ser archivos de tipo .doc .rtf o .pdf y que no deben exceder de 1.5Mb

Choose File **No file chosen** Periodo 1 ▾

Enviar Archivo

Guías Rapidas
Descargar Guías Rapidas

Corregir

Medios de Contacto

Consultar

Consultar Expediente

Enviar reporte

Mensual de actividades

Global de actividades

Reporte de desempeño

Carta de término

Solicitar

Baja del programa



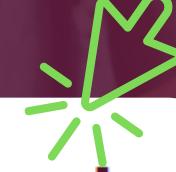
Reporte Global

Al término de tu servicio se requiere la elaboración de un reporte global de actividades.

Página 1 de 3

Página 2 de 3

¿Dónde obtengo el formato?


[Descargar Documento](#)

El periodo deberá coincidir con el establecido en la Carta Compromiso.

Elaboró _____ Autorizó _____
Responsable Directo _____ Sello del Prestatario _____

Página 3 de 3

**La fecha de término puede corresponder o extenderse.

Recuerda recabar la firma con **tinta azul** de tu **Responsable Directo** y el sello correspondiente de tu **Prestatario** (lugar donde estás realizando tu servicio social).

Formato de evaluación del servicio social

Instituto Politécnico Nacional
Indicar nombre completo de la Unidad Académica
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS E INTEGRACIÓN SOCIAL
Departamento de Extensión y Apoyos Educativos.

FORMATO DE EVALUACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

Enviar formulario

Nombre del Prestador: Boleta:

Programa Académico:

No de Registro: Periodo de Servicio Social: al:

ESTIMADO PRESTATORIO SOLICITAMOS AMABLEMENTE SU COLABORACIÓN MARQUE LOS PUNTOS A QUE FUÉ ACREEDOR EL PRESTADOR POR CADA FACTOR.

FACTOR	PARÁMETRO	PUNTOS
CALIDAD DEL TRABAJO GRADO DE PRECISIÓN Y CONFIABILIDAD.	REALIZA TRABAJOS EXCELENTE. REALIZA TRABAJOS BUENOS CON UN MÍNIMO DE ERRORES. COMETE ERRORES FRECUENTEMENTE. COMETE ALTO GRADO DE ERRORES.	100 95 90 85
APLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS ACTITUD DE RESOLVER ADECUADAMENTE LAS CIRCUNSTANCIAS DEL TRABAJO.	EJECUTA ADECUADAMENTE LAS ACCIONES ENCOMENDADAS. REQUIERE OCASIONALMENTE DE ASESORÍA PARA EJECUTAR LAS ACCIONES ENCOMENDADAS. REQUIERE DE CONSTANTE ASESORÍA PARA EJECUTAR LO ASIGNADO. NO TIENE NOCIÓN ALGUNA PARA EJECUTAR LO ASIGNADO	100 95 90 85
ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS APTITUD DE APRENDER APLICAR LAS POLÍTICAS, NORMAS ESTABLECIDAS, ASÍ COMO, TÉCNICAS PROFESIONALES ESPECÍFICAS.	ENTENDIMIENTO ADECUADO DE LAS INSTRUCCIONES ESTABLECIDAS PARA SU ACCIÓN. ENTENDIMIENTO PARCIAL DE LAS INSTRUCCIONES REQUIRIENDO ASESORÍA OCASIONALMENTE. PERCEPCIÓN INADECUADA DE LAS INSTRUCCIONES REQUIRIENDO ASESORÍA CONSTANTE. APLICACIÓN CONSTANTE DE ACCIONES ERRÓNEAS EN BASE A LAS INSTRUCCIONES, REQUIRIENDO QUE EL ASESOR EFECTUE NUEVAMENTE LA INSTRUCCIÓN.	100 95 90 85
DISCIPLINA GRADO EN QUE ACATA DISPOSICIONES DE SUPERIORES.	SE SUJETA A LAS INDICACIONES ESTABLECIDAS. OCASIONALMENTE PONE OBJECIONES A LAS INDICACIONES. CON FRECUENCIA MANIFIESTA INCONFORMIDAD. NO CUMPLE O EVADE LAS INSTRUCCIONES.	100 95 90 85
PRESENTACIÓN PERSONAL	SU HIGIENE PERSONAL FUE EXCELENTE, OCASIONALMENTE SE PRESENTO SUCIO. CON FRECUENCIA SE PRESENTO SUCIO. CONSTANTEMENTE SE PRESENTO SUCIO Y DESALINADO.	100 95 90 85
INICIATIVA DISPOSICIÓN PARA PROPONER Y LLEVAR A LA PRÁCTICA IDEAS RELEVANTES REFERENTES A LAS ACTIVIDADES.	REALIZÓ APORTACIONES IMPORTANTES PARA MEJORAR SU LABOR AFORTANDO CONSTRUCTIVA Y ESPONTÁNEAMENTE LOS PROBLEMAS. EVENTUALMENTE HIZO APORTACIONES SIGNIFICATIVAS. SE LIMITA A REPORTAR ANOMALIAS. SE CONCRETA A SEGUIR RÍGIDAMENTE LAS RUTINAS ESTABLECIDAS.	100 95 90 85
RELACIONES INTERPERSONALES ACTITUD QUE ASUME EL PRESTADOR FRENTA A SUS SUPERIORES Y COMPAÑEROS.	MANTIENE ACERTADAS RELACIONES. OCASIONALMENTE TIENE INADECUADAS RELACIONES. FRECUENTEMENTE MANIFIESTA INCONFORMIDAD. NO CUMPLE O EVADE LAS INSTRUCCIONES.	100 95 90 85

SUMA TOTAL DE PUNTOS: 0

Observaciones:

Nombre de Prestatario:
Nombre del Programa:

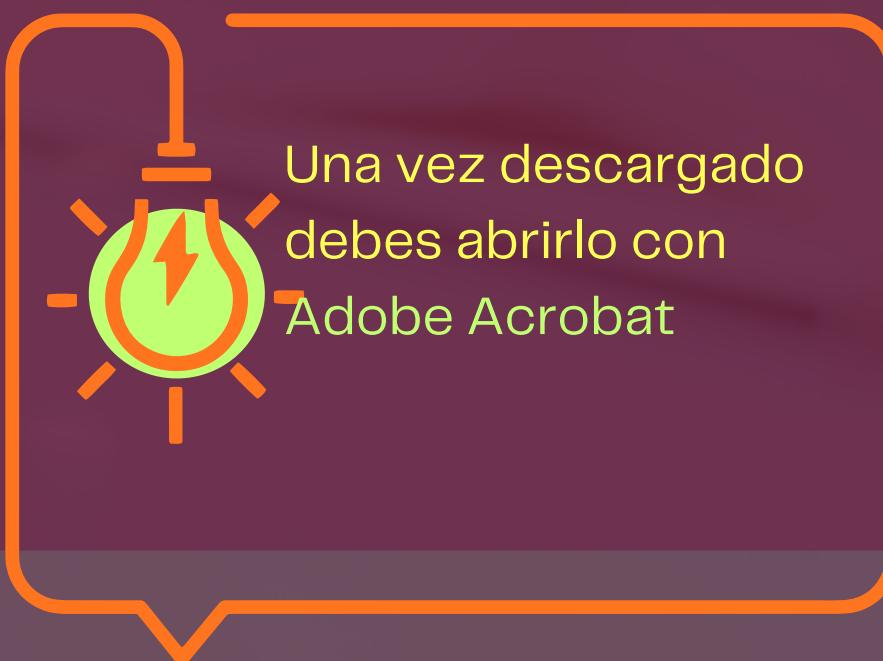
Nombre: _____
Cargo: _____

Responsable Directo Sello del Prestatario

Recuerda recabar la firma con **tinta azul** de tu Responsable Directo y el sello correspondiente de tu **Prestatario** (lugar donde estás realizando tu servicio social).

¿Dónde obtengo el formato?

[Descargar Documento](#)



Una vez descargado
debes abrirlo con
Adobe Acrobat



DEAE-UPIITA



¡Acércate con nosotros!
¡Con gusto te orientamos!

Horario de atención:
lunes a viernes de 10:00 a 14:00
y 16:00 a 19:00 horas en ventanilla.

**Departamento de Extensión
y Apoyos Educativos**
ssocial.upiita@ipn.mx

Consulta la siguiente **infografía** que
nos comparte la Dirección de
Egresados y Servicio Social del IPN
(DESS):

Infografía