



*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:	<input type="text"/>		
Programa Académico:	<input type="text"/>		
Boleta:	Porcentaje de Creditos:	%	No. de Registro:
Teléfono Particular:	Correo electrónico:		
Prestatario:	<input type="text"/>		
Programa:	<input type="text"/>		

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

Firmar con tinta azul.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Elaboró	Autorizó	
	Responsable Directo	Sello del Prestatario

Página 1 de 1

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

Control de asistencia


¿Dónde obtengo el
formato?

[Descargar Documento](#)

Una vez descargado
debes abrirlo con
Adobe Acrobat

*El **prestador (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).

 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

Enviar formulario

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					

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

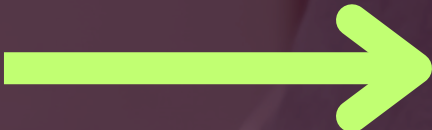
Firmar con tinta azul

Nombre: Cargo:

Responsable Directo

Sello del Prestatario


¿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

Enviar formulario

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					

Nombre:

Cargo:

Responsable Directo

Sello del Prestatario

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

Aquí debe ir TU FIRMA
(tinta azul)

Reportar solo asistencias



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



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**

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 Rápidas

Descargar Guías Rápidas

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.

¿Dónde obtengo el formato?

[Descargar Documento](#)

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

****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 1 de 3: Reporte Global de Actividades. Incluye campos para el periodo de prestación, datos del prestatario/prestadora, y una sección para redactar las actividades realizadas.

Formato 2 de 3: Reporte Global de Actividades. Sección para redactar las actividades realizadas.

Formato 3 de 3: Reporte Global de Actividades. Sección para la firma y el sello del Responsable Directo y el Prestatario.

Formato de evaluación del 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.
FORMATO DE EVALUACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del Prestador: Boleta:
Programa Académico:
No de Registro: Periodo de Servicio Social: al:

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

FACTOR	PARÁMETRO	PUNTOS
CALIDAD DEL TRABAJO GRADO DE PRECISIÓN Y CONFIABILIDAD.	REALIZA TRABAJOS EXCELENTE.	100 <input type="radio"/>
	REALIZA TRABAJOS BUENOS CON UN MÍNIMO DE ERRORES.	95 <input type="radio"/>
	COMETE ERRORES FRECUENTEMENTE.	90 <input type="radio"/>
	COMETE ALTO GRADO DE ERRORES.	85 <input type="radio"/>
APLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS ACTITUD DE RESOLVER ADECUADAMENTE LAS CIRCUNSTANCIAS DEL TRABAJO.	EJECUTA ADECUADAMENTE LAS ACCIONES ENCOMENDADAS.	100 <input type="radio"/>
	REQUIERE OCASIONALMENTE DE ASESORÍA PARA EJECUTAR LAS ACCIONES ENCOMENDADAS.	95 <input type="radio"/>
	REQUIERE DE CONSTANTE ASESORÍA PARA EJECUTAR LO ASIGNADO.	90 <input type="radio"/>
	NO TIENE NOCIÓN ALGUNA PARA EJECUTAR LO ASIGNADO	85 <input type="radio"/>
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.	100 <input type="radio"/>
	ENTENDIMIENTO PARCIAL DE LAS INSTRUCCIONES REQUIRIENDO ASESORÍA OCASIONALMENTE.	95 <input type="radio"/>
	PERCEPCIÓN INADECUADA DE LAS INSTRUCCIONES REQUIRIENDO ASESORÍA CONSTANTE.	90 <input type="radio"/>
	APLICACIÓN CONSTANTE DE ACCIONES ERRÓNEAS EN BASE A LAS INSTRUCCIONES, REQUIRIENDO QUE EL ASESOR EFECTÚE NUEVAMENTE LA INSTRUCCIÓN.	85 <input type="radio"/>
DISCIPLINA GRADO EN QUE ACATA DISPOSICIONES DE SUPERIORES.	SE SUJETA A LAS INDICACIONES ESTABLECIDAS.	100 <input type="radio"/>
	OCASIONALMENTE PONE OBJECIONES A LAS INDICACIONES.	95 <input type="radio"/>
	CON FRECUENCIA MANIFIESTA INCONFORMIDAD.	90 <input type="radio"/>
	NO CUMPLE O EVADE LAS INSTRUCCIONES.	85 <input type="radio"/>
PRESENTACIÓN PERSONAL	SU HIGIENE PERSONAL FUE EXCELENTE. OCASIONALMENTE SE PRESENTO SUCIO.	100 <input type="radio"/>
	CON FRECUENCIA SE PRESENTO SUCIO. CONSTANTEMENTE SE PRESENTO SUCIO Y DESALÍADO.	95 <input type="radio"/>
		90 <input type="radio"/>
		85 <input type="radio"/>
INICIATIVA DISPOSICIÓN PARA PROPONER Y LLEVAR A LA PRÁCTICA IDEAS RELEVANTES REFERENTES A LAS ACTIVIDADES.	REALIZO APORTACIONES IMPORTANTES PARA MEJORAR SU LABOR AFRONTANDO CONSTRUCTIVA Y ESPONTÁNEAMENTE LOS PROBLEMAS.	100 <input type="radio"/>
	EVENTUALMENTE HIZO APORTACIONES SIGNIFICATIVAS.	95 <input type="radio"/>
	SE LIMITA A REPORTAR ANOMALÍAS.	90 <input type="radio"/>
	SE CONCRETA A SEGUIR RÉGIDAMENTE LAS RUTINAS ESTABLECIDAS.	85 <input type="radio"/>
RELACIONES INTERPERSONALES ACTITUD QUE ASUME EL PRESTADOR FRENTE A SUS SUPERIORES Y COMPAÑEROS.	MANTIENE ACERTADAS RELACIONES. OCASIONALMENTE TIENE INADECUADAS RELACIONES. FRECUENTEMENTE MANIFIESTA INCONFORMIDAD. NO CUMPLE O EVADE LAS INSTRUCCIONES.	100 <input type="radio"/>
		95 <input type="radio"/>
		90 <input type="radio"/>
		85 <input type="radio"/>
SUMA TOTAL DE PUNTOS		0

Observaciones:

Nombre de Prestatario:
Nombre del Programa:

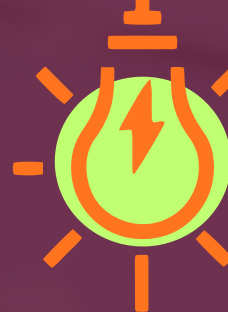
Nombre:
Cargo:

Responsable Directo

Sello del Prestatario

¿Dónde obtengo el formato?

[Descargar Documento](#)



Una vez descargado debes abrirlo con Adobe Acrobat

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).



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