



*Departamento de Extensión y
Apoyos Educativos*



Procedimiento durante 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.

Firmar con tinta azul.

Elaboró	Autorizó	
	Responsable Directo	Sello del Prestatario

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.

Página 1 de 1

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

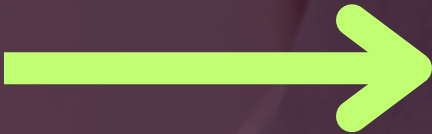
Sello del Prestatario

¿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 autografa. 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

No file chosen

Guías Rápidas

Corregir

Consultar

Enviar reporte

Solicitar



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 exenderse.**

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

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

FACTOR	PARÁMETRO	PUNTOS
CALIDAD DEL TRABAJO	REALIZA TRABAJOS EXCELENTE.	100
	REALIZA TRABAJOS BUENOS CON UN MÍNIMO DE ERRORES.	95
	COMETE ERRORES FRECUENTEMENTE.	90
	COMETE ALTO GRADO DE ERRORES.	85
APLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS	EJECUTA ADECUADAMENTE LAS ACCIONES ENCOMENDADAS.	100
	REQUIERE OCASIONALMENTE DE ASESORÍA PARA EJECUTAR LAS ACCIONES ENCOMENDADAS.	95
	REQUIERE DE CONSTANTE ASESORÍA PARA EJECUTAR LO ASIGNADO.	90
	NO TIENE NOCIÓN ALGUNA PARA EJECUTAR LO ASIGNADO	85
ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS	ENTENDIMIENTO ADECUADO DE LAS INSTRUCCIONES ESTABLECIDAS PARA SU ACCIÓN.	100
	ENTENDIMIENTO PARCIAL DE LAS INSTRUCCIONES REQUIRIENDO ASESORÍA OCASIONALMENTE.	95
	PERCEPCIÓN INADECUADA DE LAS INSTRUCCIONES REQUIRIENDO ASESORÍA CONSTANTE.	90
	APLICACIÓN CONSTANTE DE ACCIONES ERRÓNEAS EN BASE A LAS INSTRUCCIONES. REQUIRIENDO QUE EL ASESOR EFECTUE NUEVAMENTE LA INSTRUCCIÓN.	85
DISCIPLINA	SE SUJETA A LAS INDICACIONES ESTABLECIDAS.	100
	OCASIONALMENTE PONE OBJECIONES A LAS INDICACIONES.	95
	CON FRECUENCIA MANIFIESTA INCONFORMIDAD.	90
	NO CUMPLE O EVADE LAS INSTRUCCIONES.	85
PRESENTACIÓN PERSONAL	SU HIGIENE PERSONAL FUE EXCELENTE. OCASIONALMENTE SE PRESENTO SUCIO.	100
	CON FRECUENCIA SE PRESENTO SUCIO. CONSTANTEMENTE SE PRESENTO SUCIO Y DESALÍÑADO.	95
		90
		85
INICIATIVA	REALIZO APORTACIONES IMPORTANTES PARA MEJORAR SU LABOR AFRONTANDO CONSTRUCTIVA Y ESPONTÁNEAMENTE LOS PROBLEMAS.	100
	EVENTUALMENTE HIZO APORTACIONES SIGNIFICATIVAS.	95
	SE LIMITA A REPORTAR ANOMALÍAS.	90
	SE CONCRETA A SEGUIR RÍGIDAMENTE LAS RUTINAS ESTABLECIDAS.	85
RELACIONES INTERPERSONALES	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:

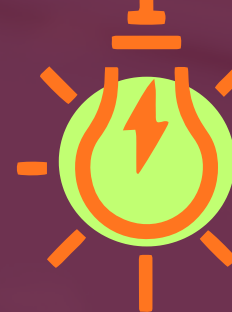
Cargo:

Responsable Directo

Sello del Prestatario

¿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**

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

Infografía