|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Institutos Tecnológicos Superiores del SGI, Grupo 4 Multisitios**  **Instituto Tecnológico Superior del Occidente del Estado de Hidalgo** |  |
| **CONCLUSIONES DEL SERVICIO SOCIAL Y ENCUESTA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha: | | | | | **Periodo: del de 20 - al de 2025** | | | | | | |
| Nombre del prestador de servicio social: | | | | |  | | | | | | |
| Programa Educativo: |  | | | | |  | | No. Matrícula: | | | |
| Programa: | |  | | | | | | |  | |  |
| Empresa, Organismo o Dependencia: | | |  | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | |

Conclusiones del Servicio Social

Encuesta

1. Consideras que el Servicio Social que concluyes incidió en la atención de problemas regionales o nacionales

prioritarios. Ejemplo: Salud, educación, discriminación, pobreza, alimentación, vivienda, contaminación, etc.

NO

SI

¿Por qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para que la respuesta sea SI debe contar con la información y los evidencias que se le solicitan en las pregunta 2 y 3 . Si ya respuesta es NO por favor pase a la pregunta 4.

1. Número de comunidades que consideras se vieron beneficiados con la prestación de tu Servicio Social\_\_\_\_\_\_\_\_ y que comunidades.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (El dato debe coincidir con la lista de beneficiarios de pregunta 4).
2. Número de personas que consideras se vieron beneficiadas con la prestación de tu Servicio Social \_\_\_\_\_\_y adjuntar relación con los datos siguientes de las personas: Nombre completo, CURP, dirección completa, edad y firma (en caso de menores de edad firmará de manera general su profesor o responsable del grupo). La lista de beneficiarios deberá ser firmada y sellada por el responsable del programa de SS. Deberá adjuntar como evidencia fotografías, constancias o algún documento que soporte el beneficio
3. Consideras que el Servicio Social, que prestaste realizó alguna actividad específica de inclusión e igualdad.

SI

NO

Actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí la respuesta es si favor de adjuntar evidencias: Banner, invitación, publicación, etc y fotografías.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jefa del Departamento de Residencias Profesionales y Servicio Social**

Sello del ITSOEH

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre, cargo y firma del responsable del programa**

Sello de la Empresa, Organismo o Dependencia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y firma del estudiante**

**Vo.Bo.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y firma del asesor**