|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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: 21 nov 2023 – 22 mayo 2024** |
| Nombre del prestador de servicio social: |  |
| Programa Educativo: |  |  | No. Matrícula: |
| Programa: |  |  |  |
| Empresa, Organismo o Dependencia: |  |
|  |  |  |  |

 Conclusiones del Servicio Social

 Encuesta

La presente encuesta forma parte de los indicadores que se reporta a TecNM, favor considerar que si la respuesta es SI, deberá adjuntar evidencias:

1. ¿Considera que el Servicio Social que concluye incidió en la atención de problemas regionales o nacionales prioritarios (Ejemplo: Pobreza, inseguridad y delincuencia, desigualdad social, corrupción, desempleo, dificultad para el acceso a los alimentos, discriminación, contaminación, educación pública de mala calidad, machismo y violencia contra la mujer, mala administración de la justicia, escasez de agua, sistema de salud, etc.?

SI

NO

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

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

1. Número y nombre de comunidades que considera se vieron beneficiados con la prestación del Servicio Social. Adjuntar evidencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Número y nombres de personas que considera se vieron beneficiadas con la prestación de su Servicio Social. Adjuntar evidencia (fotografías y lista de personas con los siguientes datos: Nombre, edad, sexo, CURP, población y firma). En caso de ser necesario deberá anexar lista como mínimo con los datos requeridos, en caso de ser menores de edad debe anexar lista con los mismos datos y firmada por responsable del grupo:
3. ¿Considera que el Servicio Social, que prestó tuvo participación en actividades de inclusión e igualdad? Mencionar el nombre del programa, actividad o proyecto en la respuesta y adjuntar evidencia:

NO

SI

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

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

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

**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**