**ANEXO III PLAN DE TRABAJO**

**Departamento de Servicio Social y Residencias Profesionales**

**Plan de Trabajo del Prestante**

**Planeación del Periodo:** \_\_\_\_\_ DE FEBRERO AL \_\_\_\_\_ DE NOVIEMBRE DE \_\_\_\_\_

Nombre:

 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Carrera: No de Control:

**Objetivo.**

Lograr satisfactoriamente el cumplimiento del servicio social prestado en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cubriendo el programa y los horarios establecidos en mi plan de trabajo de acuerdo a 480 horas dentro del reglamento.

**Metas.**

* Lograr los tiempos programados de las actividades que me sean asignadas en el área de trabajo.
* Cumplir con la entrega de los documentos requeridos según lo dispuesto en la planeación entregada por el Departamento de Servicio Social y Residencias Profesionales, en las fechas y horarios establecidos.

**Días y horario de actividades:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Días** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** | **Domingo** |
| **Horario** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Mes****Actividades** | MarzoFebrero | MayoAbril | JulioJunio | Sep.Agosto | Nov.Octubre |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N0MBRE,PUESTO Y FIRMA DEL SUPERVISOR | SELLO | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA DEL INTERESADO |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vo. Bo. OFNA. SERVICIO SOCIALDEL ITSUR |