

# Programa de Servicio Social Comunitario para Familias Fuertes

## Nivel Superior y Normal.

Llenado de Informe Mensual de Actividades



SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y NORMAL  
DIRECCIÓN DE APOYO A LA VINCULACIÓN



PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO PARA FAMILIAS FUERTES  
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

No. de Formato IMA05PSSCFF-2022

FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL: \_\_\_\_\_

No. DE REGISTRO \_\_\_\_\_

INFORME No. \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: \_\_\_\_\_

PERIODO: \_\_\_\_\_

| ENFOQUE                                                       | ACTIVIDADES | TIPO DE BENEFICIARIOS                                                 | LUGAR EN DONDE LLEVAN A CABO LAS ACTIVIDADES:<br>ESCUELA, COMUNIDAD, MUNICIPIO Y EDUCACIÓN A DISTANCIA | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES |
|---------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| El sistema genera el encabezado con la siguiente información: |             |                                                                       |                                                                                                        |                                |
| Nombre del Prestador                                          |             |                                                                       |                                                                                                        |                                |
| Fecha de Entrega                                              |             |                                                                       |                                                                                                        |                                |
| Institución a la que pertenece                                |             |                                                                       |                                                                                                        |                                |
| Número de Registro                                            |             |                                                                       |                                                                                                        |                                |
| Número de Informe (1 al 6)                                    |             |                                                                       |                                                                                                        |                                |
| Periodo que corresponde el Informe                            |             |                                                                       |                                                                                                        |                                |
|                                                               |             | NO. DE BENEFICIARIOS:                                                 | TOTAL DE HORAS:                                                                                        |                                |
|                                                               |             | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA | SELLO DE LA INSTITUCIÓN                                                                                |                                |

Se tendrá que capturar de 1 a 5 actividades principales desarrolladas durante periodo que se informa con los siguientes rubros.

**PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO PARA FAMILIAS FUERTES  
 INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

No. de Formato IMA05PSSCFF-2022

FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_

No. DE REGISTRO: \_\_\_\_\_

INFORME No. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: \_\_\_\_\_

PERIODO: \_\_\_\_\_

**Enfoque**  
 Se tendrá que elegir  
 "Apoyo académico virtual"

| ENFOQUE | ACTIVIDADES | TIPO DE BENEFICIARIOS | LUGAR EN DONDE LLEVAN A CABO LAS ACTIVIDADES:<br>ESCUELA, COMUNIDAD, MUNICIPIO Y EDUCACIÓN A DISTANCIA | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES |
|---------|-------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |

|                                        |                                                                              |                         |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL | NO. DE BENEFICIARIOS:                                                        | TOTAL DE HORAS:         |
|                                        | NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA | SELLO DE LA INSTITUCIÓN |



Actividad

Se podrá elegir entre las siguientes categorías:

- Pláticas y Capacitación
- Investigación Temática
- Asesoría a Estudiantes
- Elaboración de material didáctico
- Elaboración de carteles, trípticos o dípticos
- Presentación de material audiovisual (películas, videos o presentaciones)
- Creación de redes sociales para comunicación
- Círculos de Lectura



PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO PARA FAMILIAS FUERTES

INSTRUCTIVO PARA EL MAESTRO SOCIAL EN EL MENSUAL DE ACTIVIDADES

No. de Formato IMA05PSSCFF-2022

FECHA DE ENTREGA:

INFORME No. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL:

No. DE REGISTRO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

PERIODO:

| ENFOQUE | ACTIVIDADES | TIPO DE BENEFICIARIOS                                 | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES |
|---------|-------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|
|         |             | ESCUELA, COMUNIDAD, MUNICIPIO Y EDUCACIÓN A DISTANCIA |                                |
|         |             |                                                       |                                |
|         |             |                                                       |                                |
|         |             |                                                       |                                |
|         |             |                                                       |                                |
|         |             |                                                       |                                |
|         |             |                                                       |                                |
|         |             |                                                       |                                |

NO. DE BENEFICIARIOS:

TOTAL DE HORAS:

|                                        |                                                                              |                         |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL | NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA | SELLO DE LA INSTITUCIÓN |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|



PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO PARA FAMILIAS FUERTES  
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

No. de Formato IMA05PSSCFF-2022

FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL: \_\_\_\_\_

No. DE REGISTRO \_\_\_\_\_

INFORME No. \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: \_\_\_\_\_

PERIODO: \_\_\_\_\_

| ENFOQUE | ACTIVIDADES | TIPO DE BENEFICIARIOS | LUGAR EN DONDE LLEVAN A CABO LAS ACTIVIDADES:<br>ESCUELA, COMUNIDAD, MUNICIPIO Y EDUCACIÓN A DISTANCIA | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES |
|---------|-------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |

Tipo de Beneficiarios  
Elegir si se apoyan estudiantes de educación básica, media superior, superior, o bien, a la comunidad.

|                                        |                                                                              |                         |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                        | NO. DE BENEFICIARIOS:                                                        | TOTAL DE HORAS:         |
| FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL | NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA | SELLO DE LA INSTITUCIÓN |

**PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO PARA FAMILIAS FUERTES  
 INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

No. de Formato IMA05PSSCFF-2022

FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL: \_\_\_\_\_


No. DE REGISTRO \_\_\_\_\_

INFORME No. \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: \_\_\_\_\_

PERIODO: \_\_\_\_\_

| ENFOQUE | ACTIVIDADES | TIPO DE BENEFICIARIOS | LUGAR EN DONDE LLEVAN A CABO LAS ACTIVIDADES:<br>ESCUELA, COMUNIDAD, MUNICIPIO Y EDUCACIÓN A<br>DISTANCIA | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES |
|---------|-------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|         |             |                       |                                                                                                           |                                |
|         |             |                       |                                                                                                           |                                |
|         |             |                       |                                                                                                           |                                |
|         |             |                       |                                                                                                           |                                |
|         |             |                       |                                                                                                           |                                |
|         |             |                       |                                                                                                           |                                |
|         |             |                       |                                                                                                           |                                |
|         |             |                       |                                                                                                           |                                |

  
**Lugar donde se llevaron a cabo las  
 actividades  
 Municipio donde se desarrolló la  
 actividad**

|                                               |                                                                                     |                                |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                               | <b>NO. DE BENEFICIARIOS:</b>                                                        | <b>TOTAL DE HORAS:</b>         |
| <b>FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL</b> | <b>NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA</b> | <b>SELLO DE LA INSTITUCIÓN</b> |



PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO PARA FAMILIAS FUERTES  
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

No. de Formato IMA05PSSCFF-2022

FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL: \_\_\_\_\_

No. DE REGISTRO \_\_\_\_\_

INFORME No. \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: \_\_\_\_\_

PERIODO: \_\_\_\_\_

| ENFOQUE | ACTIVIDADES | TIPO DE BENEFICIARIOS | LUGAR EN DONDE LLEVAN A CABO LAS ACTIVIDADES:<br>ESCUELA, COMUNIDAD, MUNICIPIO Y EDUCACIÓN A DISTANCIA | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES |
|---------|-------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |

**Descripción de actividades**  
Tendrá que ser breve, clara y concisa. En una oración no menor a 10 palabras

|                                        |                                                                              |                         |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL | NO. DE BENEFICIARIOS:                                                        | TOTAL DE HORAS:         |
|                                        | NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA | SELLO DE LA INSTITUCIÓN |



PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO PARA FAMILIAS FUERTES  
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

No. de Formato IMA05PSSCFF-2022

FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL: \_\_\_\_\_

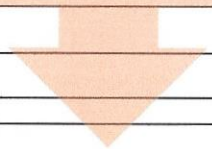
No. DE REGISTRO \_\_\_\_\_ INFORME No. \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: \_\_\_\_\_

PERIODO: \_\_\_\_\_

| ENFOQUE | ACTIVIDADES | TIPO DE BENEFICIARIOS | LUGAR EN DONDE LLEVAN A CABO LAS ACTIVIDADES:<br>ESCUELA, COMUNIDAD, MUNICIPIO Y EDUCACIÓN A DISTANCIA | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES |
|---------|-------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |

**Número de Beneficiarios**  
Contabilizar el total de los beneficiarios durante el periodo, siendo el máximo 100



|                                        |                                                                              |                         |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL | NO. DE BENEFICIARIOS:                                                        | TOTAL DE HORAS:         |
|                                        | NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA | SELLO DE LA INSTITUCIÓN |





PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO PARA FAMILIAS FUERTES  
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

No. de Formato IMA05PSSCFF-2022

FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL: \_\_\_\_\_

No. DE REGISTRO \_\_\_\_\_

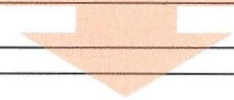
INFORME No. \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: \_\_\_\_\_

PERIODO: \_\_\_\_\_

| ENFOQUE | ACTIVIDADES | TIPO DE BENEFICIARIOS | LUGAR EN DONDE LLEVAN A CABO LAS ACTIVIDADES:<br>ESCUELA, COMUNIDAD, MUNICIPIO Y EDUCACIÓN A DISTANCIA | Total de Horas |
|---------|-------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|         |             |                       |                                                                                                        |                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                |

Se deberán contabilizar el total de horas invertidas en el mes, recordando que se deben cumplir con 480 horas divididas en los 6 meses



|                                        |                                                                              |                         |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL | NO. DE BENEFICIARIOS:                                                        | TOTAL DE HORAS:         |
|                                        | NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA | SELLO DE LA INSTITUCIÓN |



PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO PARA FAMILIAS FUERTES  
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

No. de Formato IMA05PSSCFF-2022

FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_

No. DE REGISTRO \_\_\_\_\_ INFORME No. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: \_\_\_\_\_

PERIODO: \_\_\_\_\_

| ENFOQUE                                                                  | ACTIVIDADES | TIPO DE BENEFICIARIOS | LUGAR EN DONDE LLEVAN A CABO LAS ACTIVIDADES:<br>ESCUELA, COMUNIDAD, MUNICIPIO Y EDUCACIÓN A DISTANCIA | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Firma del Prestador</b>                                               |             |                       |                                                                                                        |                                |
| <b>Colocar la firma autógrafa lo más similar a su INE con tinta azul</b> |             |                       |                                                                                                        |                                |
|                                                                          |             |                       |                                                                                                        |                                |
|                                                                          |             |                       |                                                                                                        |                                |
|                                                                          |             |                       |                                                                                                        |                                |
|                                                                          |             |                       |                                                                                                        |                                |
|                                                                          |             |                       |                                                                                                        |                                |
|                                                                          |             |                       |                                                                                                        |                                |
|                                                                          |             |                       |                                                                                                        |                                |
|                                                                          |             |                       |                                                                                                        |                                |

|                                               |                                                                                     |                                |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL</b> | <b>NO. DE BENEFICIARIOS:</b>                                                        | <b>TOTAL DE HORAS:</b>         |
|                                               | <b>NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA</b> | <b>SELLO DE LA INSTITUCIÓN</b> |



PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO PARA FAMILIAS FUERTES
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

No. de Formato IMA05PSSCFF-2022

FECHA DE ENTREGA:

No. DE REGISTRO INFORME No.

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL:

INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

PERIODO:

Table with 5 columns: ENFOQUE, ACTIVIDADES, TIPO DE BENEFICIARIOS, LUGAR EN DONDE LLEVAN A CABO LAS ACTIVIDADES, DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES. Includes a large orange watermark: 'Nombre y firma del Responsable del Servicio Social de la Institución Educativa con tinta azul'.

Summary table with 3 columns: FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL, NO. DE BENEFICIARIOS, NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA, TOTAL DE HORAS, SELLO DE LA INSTITUCIÓN.



PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO PARA FAMILIAS FUERTES  
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

No. de Formato IMA05PSSCFF-2022


FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_

No. DE REGISTRO \_\_\_\_\_ INFORME No. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: \_\_\_\_\_

PERIODO: \_\_\_\_\_

| ENFOQUE | ACTIVIDADES | TIPO DE BENEFICIARIOS | LUGAR EN DONDE LLEVAN A CABO LAS ACTIVIDADES:<br>ESCUELA, COMUNIDAD, MUNICIPIO Y EDUCACIÓN A DISTANCIA | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES                                                                                                                                                                             |
|---------|-------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         |             |                       |                                                                                                        | <p><b>Sello de la Institución</b><br/>Para garantizar la validez del formato es obligatorio usar el sello escolar</p>  |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                            |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                            |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                            |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                            |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                            |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                            |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                            |

|                                        |                                                                              |                         |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL | NO. DE BENEFICIARIOS:                                                        | TOTAL DE HORAS:         |
|                                        | NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA | SELLO DE LA INSTITUCIÓN |



**PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO PARA FAMILIAS FUERTES  
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

No. de Formato IMA05PSSCFF-2022

FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL: \_\_\_\_\_

No. DE REGISTRO \_\_\_\_\_

INFORME No. \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: \_\_\_\_\_

PERIODO: \_\_\_\_\_

| ENFOQUE | ACTIVIDADES | TIPO DE BENEFICIARIOS | LUGAR EN DONDE LLEVAN A CABO LAS ACTIVIDADES:<br>ESCUELA, COMUNIDAD, MUNICIPIO Y EDUCACIÓN A DISTANCIA | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES |
|---------|-------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |
|         |             |                       |                                                                                                        |                                |

|                                        |                                                                              |                         |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL | NO. DE BENEFICIARIOS:                                                        | TOTAL DE HORAS:         |
|                                        | NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA | SELLO DE LA INSTITUCIÓN |

PROGRAMA DE SERVICIO SOCIALCOMUNITARIO PARA FAMILIAS FUERTES  
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

INSTRUTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

No. De Formato IMA05PSSCFF-2022  
FECHA DE ENTREGA: 4 DE JUNIO 2022

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL: MENDOZA ZAPATA LAURA

No. DE REGISTRO 1522-0002-B

INFORME No. 1

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: TECNOLÓGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DEL ORIENTE DEL ESTADO DE MÉXICO.

PERIODO: 01 AL 30 DE JUNIO DEL 2022

| ENFOQUE                    | ACTIVIDADES | TIPO DE BENEFICIADOS    | LUGAR EN DONDE LLEVAN A CABO LAS ACTIVIDADES:<br>ESCUELA, COMUNIDAD, MUNICIPIO Y EDUCACIÓN A<br>DISTANCIA | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES            |
|----------------------------|-------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| APOYO ACADÉMICO<br>VIRTUAL | PLATICAS    | COMUNIDAD MI<br>COLONIA | IXTAPALUCA                                                                                                | CONCIENTIZACIÓN DEL USO ADECUADO DEL AGUA |
|                            | TRÍTICO     |                         |                                                                                                           | RECICLAJE DE BOTELLAS Y VENTA             |
|                            | VIDEO       |                         |                                                                                                           | CLASIFICACIÓN DE LA BASURA                |
|                            |             |                         |                                                                                                           | SIEMBRE DE VERDURAS EN CASA               |
|                            |             |                         |                                                                                                           |                                           |
|                            |             |                         |                                                                                                           |                                           |
|                            |             |                         |                                                                                                           |                                           |
|                            |             |                         |                                                                                                           |                                           |
|                            |             |                         |                                                                                                           |                                           |
|                            |             |                         | NO. DE BENEFICIARIOS: 40                                                                                  | TOTAL, DE HORAS: 80                       |

| FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL.                                                                     | NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN<br>EDUCATIVA                                              | SELLO DE LA INSTITUCIÓN                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| MENDOZA ZAPATA LAURA<br> | LIC. SILVIA GLORIA MENDOZA FERNÁNDEZ<br> |  |

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y NORMAL  
SUBSECRETARIA DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR  
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR  
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR  
DIRECCIÓN DE APOYO A LA VINCULACIÓN