**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN**

**PLAN DE TRABAJO DE SERVICIO SOCIAL**

**REALIZADO POR:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**No. DE CONTROL:**

**RESPONSABLE DEL PROGRAMA**

**CARRERA:**

FECHA DE INICIO: FECHA DE TERMINACIÓN:

**INTRODUCCIÓN**

**JUSTIFICACIÓN**

**OBJETIVO GENERAL**

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

**ACTIVIDADES A DESARROLLAR**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ACTIVIDADES | ENE. | FEB. | MAR. | ABR. | MAY. | JUN. | JUL. |
| . |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Nombre del Asesor Prestador del Servicio Social

Ing. C.