**ANEXO XVIII. SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL**

**Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación o su equivalente en los Institutos Tecnológicos Descentralizados Solicitud de Servicio Social**

**Datos personales**

Nombre completo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Escolaridad**

No. de Control:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carrera:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Periodo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datos del Programa de Servicio Social**

Dependencia Oficial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titular de la Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puesto de la Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modalidad:(interno/externo) Fecha de Inicio: \_\_\_\_ Fecha de Terminación:\_\_\_\_

Programa de Actividades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Tipo de programa**

( ) Educación para adultos ( ) Desarrollo de comunidad ( ) Actividades deportivas

( ) Actividades cívicas ( ) Actividades culturales ( ) Medio ambiente

( ) Desarrollo sustentable ( ) Apoyo a la salud ( ) Otros

**Para uso exclusivo de la Oficina de Servicio Social**

Aceptado: SI( ) NO( ), Motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ANEXO XX. CARTA COMPROMISO DE SERVICIO SOCIAL**

**Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación o su equivalente en los Institutos Tecnológicos Descentralizados Carta compromiso de Servicio Social**

Con el fin de dar cumplimiento con lo establecido en la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al ejercicio de profesiones, el suscrito:

Nombre del prestante del Servicio Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de control:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carrera:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Dependencia u organismo: (donde se encuentra prestando el Servicio Social)

Domicilio de la dependencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable del programa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de terminación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me comprometo a realizar el Servicio Social acatando el reglamento emitido por el Tecnológico Nacional de México y llevarlo a cabo en el lugar y periodos manifestados, así como, a participar con mis conocimientos e iniciativa en las actividades que desempeñe, procurando dar una imagen positiva del Instituto en el Organismo o Dependencia oficial, de no hacerlo así, quedo enterado(a) de la cancelación respectiva, la cual procederá automáticamente.

En la Ciudad de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del día\_\_\_\_\_ del mes\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**CONFORMIDAD**

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

**Firma del prestante del Servicio Social**

**ANEXO XXII. REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL**

**Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación o su equivalente en los Institutos Tecnológicos Descentralizados**

**Reporte bimestral de Servicio Social**

Reporte No.:\_\_\_\_\_

Nombre:

Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)

Carrera:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No de Control \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Periodo Reportado:**

Del día\_\_\_\_\_ mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año\_\_\_\_\_\_; al día\_\_\_\_\_ mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año\_\_\_\_\_

Dependencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resumen de actividades:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Total de horas de este reporte: \_\_\_\_\_\_ Total de horas acumuladas:\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre, puesto y firma del supervisor | Sello | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del interesado |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vo. Bo. Oficina de Servicio Social |

**ANEXO XXIII. FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE**

**SERVICIO SOCIAL**

Nombre del prestador de Servicio Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Final |  |

Periodo de realización:

Indique a que bimestre corresponde: Bimestre



**ANEXO XXIV. FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL**

**PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

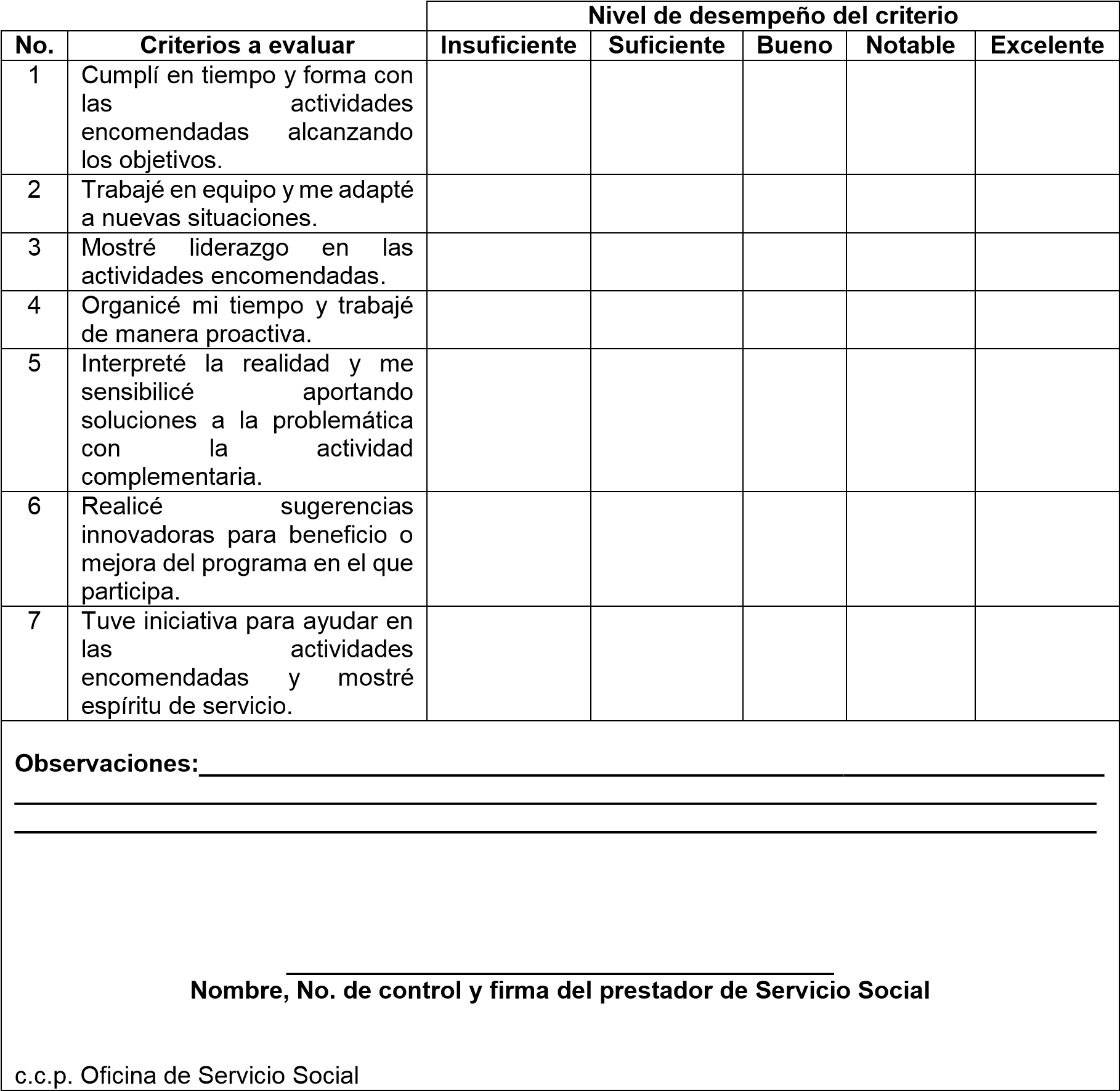
Nombre del prestador de Servicio Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

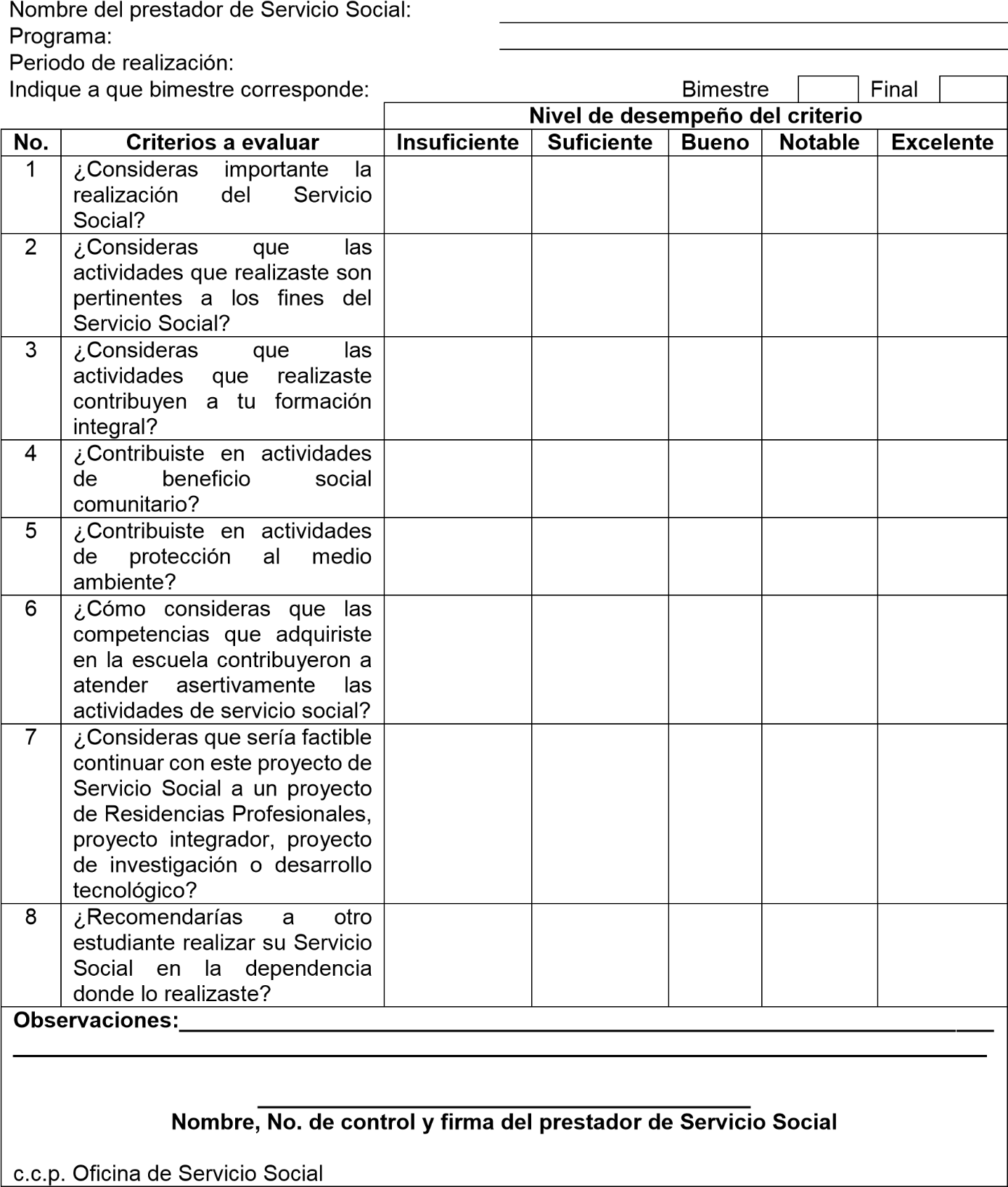
Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Final |  |

Indique a que bimestre corresponde: Bimestre



**ANEXO XXV. FORMATO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR EL**

**PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre del prestador de servicio social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique a que bimestre corresponde: Bimestre Final

**ANEXO XIX. CARTA DE TERMINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL**

**C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Director(a) del Instituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**At´n: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Jefe(a) del Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación**

Por este medio me permito informarle que el (la) C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ realizó su Servicio Social en esta dependencia, en el programa denominado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, desempeñando actividades:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durante el periodo comprendido del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, acumulando un total de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas.

En la Ciudad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a los\_\_\_\_\_ días del mes de\_\_\_\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_, se extiende la presente Carta de Terminación de Servicio Social, para los fines que el (la) interesado(a) convenga.

|  |
| --- |
| Sello de la dependencia u organismo |

**ATENTAMENTE**

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

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

C.c.p. Expediente de la oficina de Servicio Social.