**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\_DEL ALUMNO (A)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo\_**HOMBRE/MUJER**\_\_ Teléfono:\_\_ DEL ALUMNO (A)\_

Domicilio:\_\_ DEL ALUMNO (A)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico:\_ DEL ALUMNO (A)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Escolaridad**

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

Carrera:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo:\_Agosto 2022-Enero 2023 Semestre:\_El que corresponda

**Datos del Programa de Servicio Social**

Dependencia Oficial: \_\_DONDE REALIZARÁS TU SERVICIO SOCIAL\_\_\_

Titular de la Dependencia: PROFESIÓN Y NOMBRE \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nombre del Programa: \_de acuerdo al Tipo de programa \*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modalidad:(**interno/externo**)- Interno si lo haces en alguna oficina del ITSCO, externo si lo harás en otra dependencia. Fecha de Inicio: 22/08/2022 Fecha de Terminación:06/01/2023

Programa de Actividades: \_LAS QUE VAN A REALIZAR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**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:\_\_\_ALUMNO (A)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Dependencia u organismo: (donde van a realizar el Servicio Social)

Domicilio de la dependencia: CALLE, NÚMERO, COL. LOCALIDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable del programa: PROFESIÓN, NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE SU PROGRAMA DE S SOCIAL

Fecha de inicio: 22/08/2022 Fecha de terminación: 06/01/2023

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: Cosamaloapan, Ver.; del día 22 del mes agosto de 2022.

**CONFORMIDAD**

**ALUMNO (A)**

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

**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.:\_1, 2, 3 o FINAL

Nombre: ALUMNO(A)

Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)

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

**Periodo Reportado:**

Del día 22 mes agosto año 2022; al día 30 mes septiembre año\_2022

Dependencia: donde realizas tu s social\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_Nombre del programa\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

**Total de horas de este reporte: 150 Total de horas acumuladas: 150.** ESTAS SE IRÁN ACUMULANDO CADA BIMESTRE, EJEMPLO: SI EN EL 2º. BIM. REPORTAS OTRAS 150 HRS. IRAN ACUMULADAS300 HRS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre, puesto y firma del supervisor | Sello | Alumno (a)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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: \_\_\_\_ALUMNO (A)\_\_\_\_\_

Programa: NOMBRE DEL PROGRAMA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Final |  |

Periodo de realización: DEL 22/08/2022 AL 30/09/2022-DE ACUERDO AL BIMESTRE A REPORTAR

Indique a que bimestre corresponde: Bimestre



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

**PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

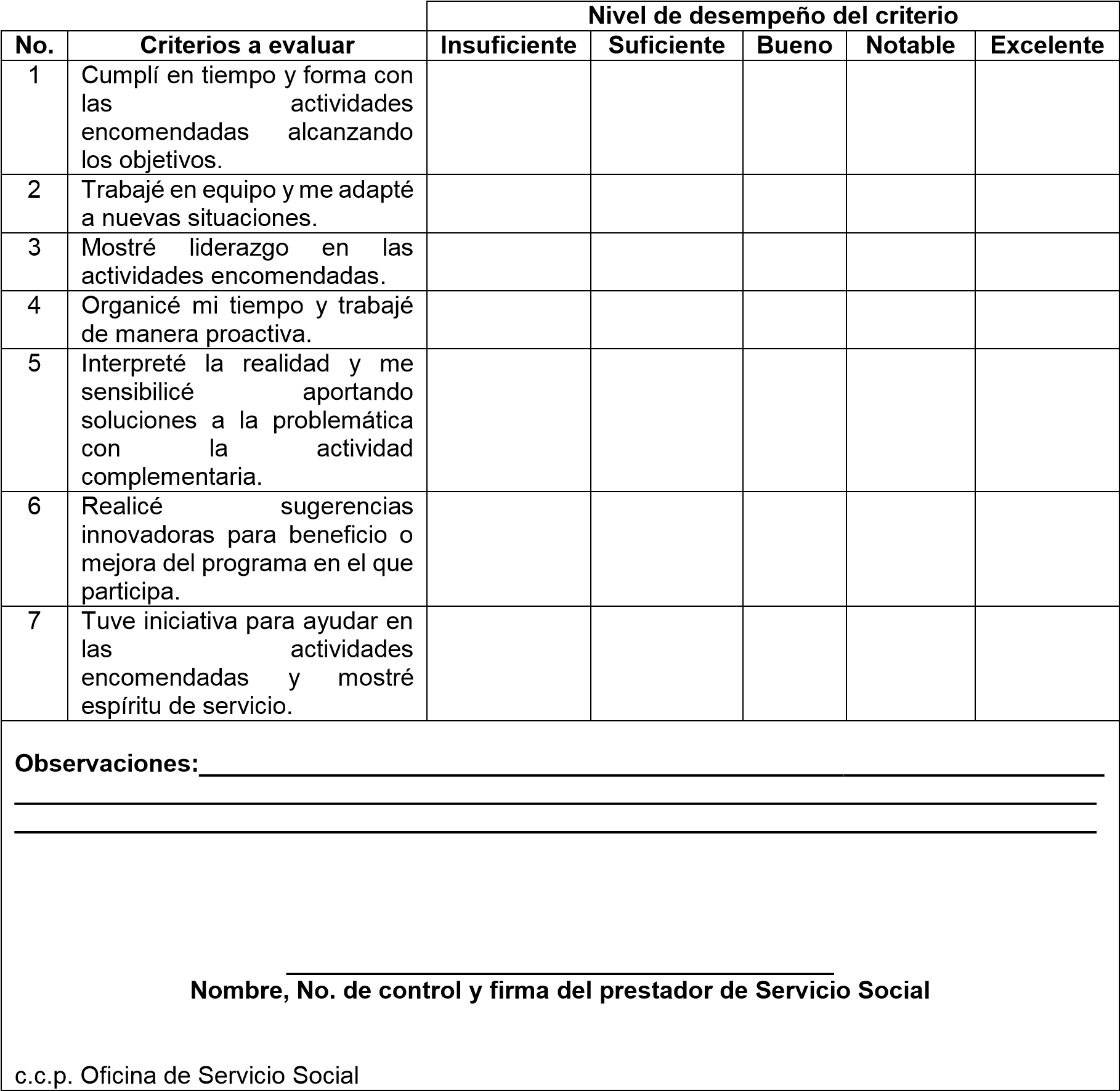
Nombre del prestador de Servicio Social:\_\_\_ ALUMNO (A) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

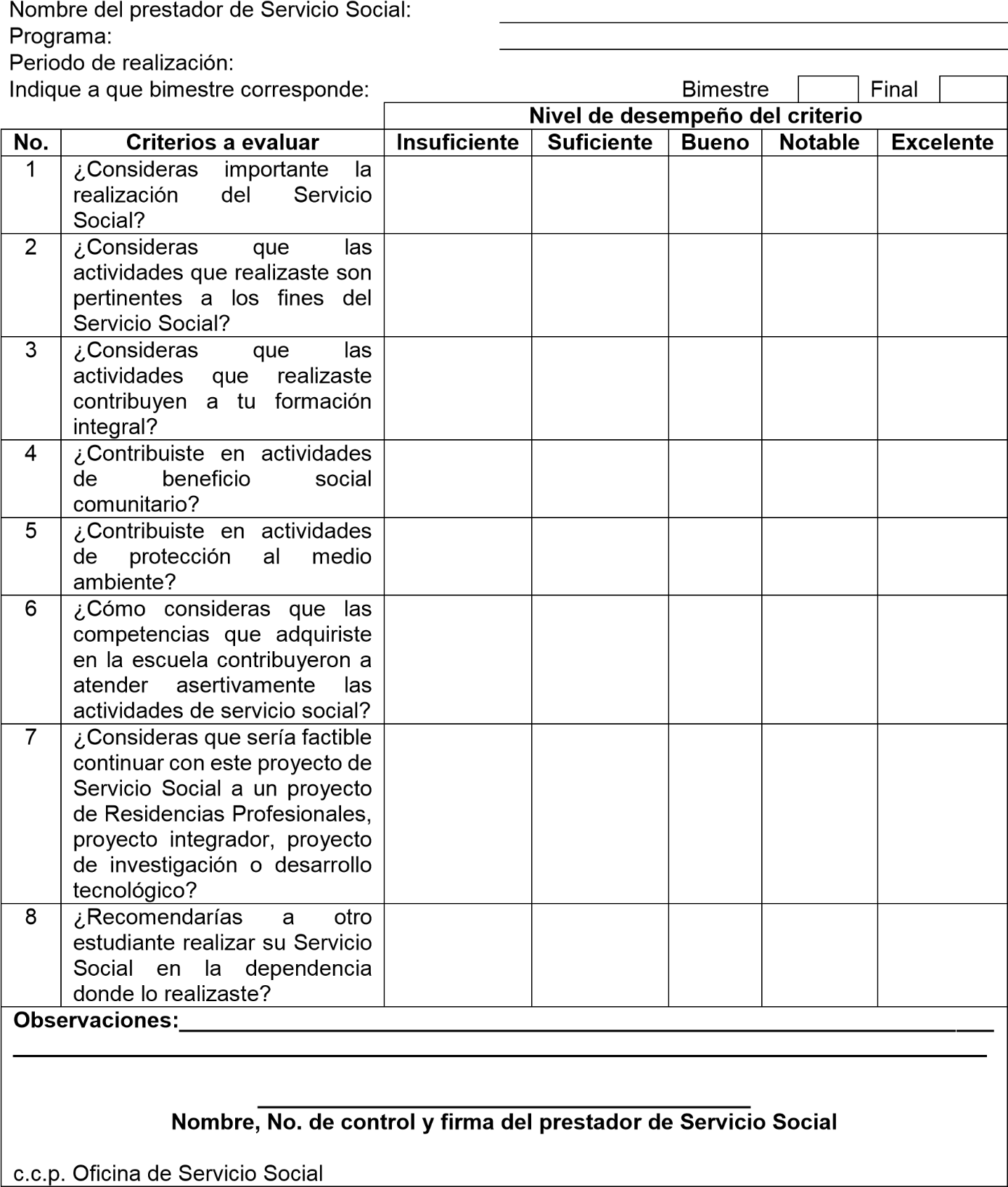
Programa: \_ NOMBRE DEL PROGRAMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de realización: DEL 22/08/2022 AL 30/09/2022-DE ACUERDO AL BIMESTRE A REPORTAR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Final |  |

Indique a que bimestre corresponde: Bimestre



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

**PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

1

Nombre del prestador de servicio social: \_\_ ALUMNO (A) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_ NOMBRE DEL PROGRAMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de realización: \_ DEL 22/08/2022 AL 30/09/2022-DE ACUERDO AL BIMESTRE A REPORTAR

Indique a que bimestre corresponde: Bimestre Final

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

**C.\_ING. ALDO FRED HERNÁNDEZ AGUIRRE**

**Director(a) del Instituto Tecnológico Superior de Cosamaloapan**

**At´n: C.P. ROSA MA. DOMÍNGUEZ MAYO**

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

Por este medio me permito informarle que el (la) C.\_\_ ALUMNO (A \_\_\_\_ realizó su Servicio Social en esta dependencia, en el programa denominado:\_\_\_NOMBRE DEL PROGRAMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, desempeñando actividades:\_\_ACTIVIDADES REALIZADAS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durante el periodo comprendido del\_22/08/2022 al\_\_\_06/01/2023\_\_\_, acumulando un total de\_\_\_500\_\_\_ horas.

En la Ciudad de LOCALIDAD DE LA DEPENDENCIA DONDE REALIZASTE EL SERVICIO, a los 06 días del mes de ENERO del año 2023, se extiende la presente Carta de Terminación de Servicio Social, para los fines que a él (la) interesado(a) convengan.

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

**ATENTAMENTE**

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

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

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