



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE EXTENSIÓN E INTEGRACION SOCIAL
DIRECCIÓN DE EGRESADOS Y SERVICIO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE CONTROL Y TRÁMITE

CARTA COMPROMISO

1 FECHA: _____

2 REG. NUM.: _____

37 NÚM. DE REL.: _____

3 PLANTEL: **ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA** 4 CLAVE **051**

**LOS QUE SUSCRIBEN SE COMPROMETEN A DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL
 REGLAMENTO DE SERVICIO SOCIAL EN EL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**

DATOS DEL PRESTADOR PRESENTACIÓN

5 N°. DE BOLETA 6 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S) 7 RFC Ó CURP 8 SEXO
 M F

9 DOMICILIO 10 C. P.

11 TELÉFONO PARTICULAR 12 ESCOLARIDAD 13 CORREO ELECTRÓNICO
 100%

14 CARRERA 15 CLAVE
 MEDICO CIRUJANO Y PARTERO 051068

DATOS DEL PRESTATARIO ACEPTACIÓN

18 PRESTATARIO CORRESPONDE AL PRESTATARIO EL CONTROL Y VIGENCIA DEL PROGRAMA.

19 PROGRAMA EN SALUD CÓDIGO

21 RESPONSABLE DIRECTO DEL PRESTADOR CLAVE

22 CARGO 23 TELÉFONO 20 VIGENTE HASTA
 AÑO MES DÍA

24 UBICACIÓN 25 C. P. 26 CORREO ELECTRÓNICO

27 PERÍODO 28 HORARIO

INICIO	AÑO		MES		DÍA		LUN.	MAR.	MIE.	JUE.	VIE.	SAB.	DOM.
TÉRMINO	AÑO		MES		DÍA								
ENTRADA	COMPLETO												
SALIDA													

29 FECHA ELAB 30 APOYO ECONÓMICO SI NO 31 MONTO MENSUAL DE BECA
 EL QUE DETERMINE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA

33 MODALIDAD DEL S. S. 34 TIPO DE BECA 35 CLAVE POR MONTO

36 REVISÓ: DR. OCTAVIANO H. DOMINGUEZ MARQUEZ
 JEFE DE EXTENSIÓN Y APOYOS EDUCATIVOS

17 AVAL DE PRESENTACIÓN

FIRMA: _____

DR. ELEAZAR LARA PADILLA
DIRECTOR DE LA ESM

SELLO:

32 AVAL DE ACEPTACIÓN E INICIO

NOMBRE: _____
 CARGO: _____

FIRMA: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____ SELLO

16 PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

39 AUTORIZACIÓN DIRECCIÓN DE EGRESADOS Y SERVICIO SOCIAL

FIRMA: _____

M. EN E. CARLOS ALEJANDRO ALFARO GONZÁLEZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE SERVICIO SOCIAL

SELLO

38 REVISO: _____

Conforme a lo establecido en el Artículo 18 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, parte de la información descrita en el presente formato esta clasificada como CONFIDENCIAL. Por ello, de acuerdo con los Artículos 19, 21 y 22 Fracción V de la misma, doy mi CONSENTIMIENTO para que sea utilizada en los trámites inherentes al registro y liberación del servicio social; sin que esta pueda ser destinada para propósitos distintos a los aquí señalados.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL RUBRO DATOS DEL PRESTARARIO

CARTA COMPROMISO "MULTIMODAL"

"DATOS DEL PRESTATARIO "ACEPTACIÓN"

EL LLENADO DE ESTE FORMATO POR PARTE DEL PRESTARARIO SERÁ PREVIO AL INICIO DEL SERVICIO SOCIAL Y SE ENTREGARÁ IMPRESO EN TAMAÑO OFICIO.

CORRESPONDE A LA **ACEPTACIÓN** DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL:

- (18) NOMBRE COMPLETO DE LA DEPENDENCIA SEDE.
- (19) NOMBRE COMPLETO DEL PROGRAMA DONDE ESTARÁ ADSCRITO EL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL: INDICAR CLAVE DEL PROGRAMA
- (20) INDICAR FECHA DE TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA.
- (21) NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA ENCARGADA DEL PROGRAMA Y QUE TIENE RELACIÓN DIRECTA CON EL PRESTADOR.
- (22) CARGO DEL RESPONSABLE DIRECTO DEL PRESTADOR.
- (23) NÚMERO TELEFÓNICO DEL ÁREA DE TRABAJO DEL RESPONSABLE DIRECTO DEL PRSTADOR.
- (24) NOMBRE DE LA OFICINA O DEPARTAMENTO Y DOMICILIO DONDE REALIZA SUS ACTIVIDADES EL PRESTADOR.
- (25) CÓDIGO POSTAL DEL MISMO DOMICILIO.
- (26) DIRECCIÓN DEL CORREO ELECTRÓNICO DEL RESPONSABLE DIRECTO.
- (27) LA FECHA DE INICIO DEL SERVICIO SOCIAL PREFERENTEMENTE SE AJUSTARÁ A LOS DÍAS 1º. Y 16 DE CADA MEX, SE UTILIZARÁN ÚNICAMENTE NÚMERO ARÁBIGOS EN EL ORDEN SEÑALADO.
AÑO MES DÍA
- (28) HORARIO EN QUE SE REALICE EL SERVICIO SOCIAL.
- (29) DÍA MEX Y AÑO, DEL LLENADO DE ESTE FORMATO POR EL PRESTATARIO ANTECEDIENDO A LA FECHA DE INICIO DEL SERVICIO SOCIAL.
- (30) MARQUE CON UNA "X" SI PROPORCIONARÁ O NO BECA ECONÓMICA.
- (31) EL QUE CORRESPONDE A LA PERCEPCIÓN MENSUAL PARA SERVICIO SOCIAL.
- (32) CORRESPONDE AL NOMBRE, CARGO, FIRMA, DOMICILIO Y TELÉFONO DEL RESPONSABLE DE LA CAPTACIÓN DE PRESTADORES Y SELLO DE LA DEPENDENCIA.

NOTAS IMPORTANTES:

INFORMES DE SERVICIO SOCIAL

EL PRESTADOR ELABORARÁ REPORTES MENSUALES QUE DEBEN SER AVALADOS POR EL PRESTATARIO, CON SELLO Y FIRMA, AL IGUAL QUE UN INFORME GLOBAL DE ACTIVIDADES.

CARTA DE TERMINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

LA CARTA DE TERMINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL, DEBERÁ CUBRIR LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

1.- PAPEL MEMBRETADO, NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN DE PRESTADORES, SELLO DE LA DEPENDENCIA.

2.-ESPECIFICÁ: NOMBRE, NÚMERO DE REGISTRO, NÚMERO DE BOLETA, CARRERA, PERÍODO DE SERVICIO SOCIAL, HORARIO CUBIERTO, TOTAL DE HORAS, PROGRAMA DE ACTIVIDADES QUE REALIZÓ EL PRESTADOR.