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 Nº. 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: 100% | 13 CORREO ELECTRÓNICO

14 CARRERA: MEDICO CIRUJANO Y PARTERO | 15 CLAVE: 051068

DATOS DEL PRESTATARIO — *ACEPTACIÓN*

CORRESPONDE AL PRESTATARIO EL CONTROL Y VIGENCIA DEL PROGRAMA.

18 PRESTATARIO | CÓDIGO

19 PROGRAMA: EN SALUD | CLAVE: 01

21 RESPONSABLE DIRECTO DEL PRESTADOR | 20 VIGENTE HASTA (AÑO / MES / DÍA)

22 CARGO | 23 TELÉFONO

24 UBICACIÓN | 25 C. P. | 26 CORREO ELECTRÓNICO

33 MODALIDAD DEL S. S.

34 TIPO DE BECA

35 CLAVE POR MONTO

36 REVISÓ:

27 PERÍODO

INICIO AÑO	INICIO MES	INICIO DÍA	TÉRMINO AÑO	TÉRMINO MES	TÉRMINO DÍA

28 HORARIO

	LUN.	MAR.	MIE.	JUE.	VIE.	SAB.	DOM.
ENTRADA							
SALIDA							

COMPLETO

29 FECHA ELAB

AÑO	MES	DÍA

30 APOYO ECONÓMICO SI ◯ NO ◯

31 MONTO MENSUAL DE BECA: EL QUE DETERMINE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA

DR. OCTAVIANO H. DOMINGUEZ MARQUEZ
JEFE DE EXTENSIÒN 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:

38 REVISO:

39 *AUTORIZACIÓN DIRECCIÓN DE EGRESADOS Y SERVICIO SOCIAL*

FIRMA:

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

SELLO

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.

◯ DEySS ◯ ESCUELA ◯ INTERESADO ◯ PRESTATARIO

F. DCTSS 92001

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.