|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2008410388 | | | | | | REYES | | | | | | | | | | | | | | DE ANTUÑANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JOSÉ ALFREDO | | | | | | | | | | | | | | | | REAA890117HDFYNL | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LAURO AGUIRE 72 A COLONIA AGRICULTURA DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO MÉXICO DISTRITO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FEDERAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 11360 | | | | | | | | | |
| 53416882 | | | | | | | | | | 100% | | | | | | | | | | | jose\_alfredo@cursa.me | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LICENCIADO EN ECONOMIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 041050 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESCUELA SUPERIOR DE ECONOMÍA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - | | | - | | | | - | | - | | | | - | | | | - | | | | | - | | - | | | - | |
| APOYO AL SERVICIO SOCIAL INTERINSTITUCIONAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 5 | | | - | | | - | | | | - | | | - | | | | | - | | | - | | - | | - | |
| SALVADOR MONROY SALDIVAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | -- | | | | | | | | | -- | | | | | | | | | | | -- | | | | | | | |
| SUBDIRECTOR ACADÉMICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | S | | | | | | | | V | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | -- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | -- | | | | | | | -- | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | -- | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  |  | | | **COMPLETO** | | |  | | |  | | |  | |  | -- | -- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | -- | -- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | | |  | |  | | | ------------------------------------- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ARTICULO 91 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

***I. CONSIDERAR EN EL LLENADO DE LA CARTA COMPROMISO (MULTIMODAL)***

***a) DATOS DEL PRESTADOR (PRESENTACIÓN)***

LA INFORMACIÓN SOLICITADA DEBERÁ SER CLARA Y COMPLETA, CABE DESTACAR.

|  |  |
| --- | --- |
| *(11)* | *TELÉFONO FIJO LOCAL (INDISPENSABLE) DONDE PUEDA ENCONTRARSE AL PRESTADOR O RECIBIR NOTIFICACIÓN RESPECTO DE SU SERVICIO SOCIAL* |
| *(12)* | *INDICARÁ EL PORCENTAJE DE CRÉDITOS CUBIERTOS DE ACUERDO CON LA CONSTANCIA DE ESCOLARIDAD EMITIDA POR EL DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE PROCEDENCIA* |
| *(13)* | *CORREO ELECTRÓNICO (INDISPENSABLE) EN EL CUAL PUEDA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS RELEVANTES DEL SERVICIO SOCIAL* |

***b) DATOS DEL PRESTATARIO ACEPTACIÓN***

*EL LLENADO DE ESTE FORMATO POR PARTE DEL PRESTATARIO DEBERÁ HACERSE PREVIO AL INICIO DEL 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 PRESTADOR.* |
| *(24)* | *NOMBRE DE LA OFICINA O DEPARTAMENTO Y DOMICILIO DONDE REALIZA SUS ACTIVIDADES EL PRESTADOR.* |
| *(25)* | *CODIGO POSTAL DEL MISMO DOMICILIO.* |
| *(26)* | *DIRECCIÓN DEL CORREO ELECTRÓNICO DEL RESPONSABLE DIRECTO (INDISPENSABLE)* |
| *(27)* | *LA FECHA DE INICIO DEL SERVICIO SOCIAL PREFERENTEMENTE SE AJUSTARA AL PRIMER DÍA HÁBIL DE CADA QUINCENA; SE UTILIZARAN ÚNICAMENTE NÚMEROS ARÁBIGOS EN EL ORDEN SEÑALADO.* |
| *(28)* | *HORARIO EN QUE SE REALIZARÁ EL SERVICIO SOCIAL.* |
| *(29)* | *DÍA, MES Y AÑO, DEL LLENADO DE DESTE 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 UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN O DEPENDENCIA Y DE LA CAPTACIÓN DE PRESTADORES Y SELLO DE LA DEPENDENCIA.* |

***II. NOTAS IMPORTANTES***

***a) 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 AL TERMINO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL.* ***EL PRESTADOR DISPONE ÚNICAMENTE DE CINCO DÍAS HÁBILES PARA LA ENTREGA DE REPORTES, EVALUACIÓN O INFORME EN EL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL DE SU UNIDAD,*** *POSTERIORES A LA CONCLUSIÓN DEL PERIODO CORRESPONDIENTE*

***b) CARTA DE TERMINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL***

***AL TÉRMINO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL, EL PRESTATARIO DEBERÁ ELABORAR UNA CARTA DE TÉRMINO, LA CUAL DEBERÁ CUBRIR LOS SIGUIENTES REQUISITOS:***

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

*2.- ESPECIFICARÁ: NOMBRE, NÚMERO DE REGISTRO, NÚMERO DE BOLETA, CARRERA; PERÍODO DE SERVICIO SOCIAL, HORARIO CUBIERTO Y/O TOTAL DE HORAS, RESUMEN DE ACTIVIDADES QUE REALIZÓ EL PRESTADOR.*