Tabla de contenido

FORMATO 1. INSCRIPCIÓN	2
FORMATO 2. CARTA DE PRESENTACIÓN Y ACEPTACION	4
FORMATO 3. PRIMER INFORME TRIMESTRAL	6
FORMATO 3. SEGUNDO INFORME TRIMESTRAL	7
FORMATO 3. INFORME FINAL	8
FORMATO 4. CARTA DE TÉRMINO	10
FORMATO 5. EVALUACION DEL PRESTADOR	12
FORMATO 9. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A EL USUARIO	13
FORMATO 6. SOLICITUD DEL CERTIFICADO	14

FORMATO 1. INSCRIPCIÓN



Formato 1. Inscripción: Certificación del Servicio Social

Secretaría de Extensión y Vinculación Dirección de Extensión Universitaria Departamento de Servicio Social y Desarrollo Comunitario



Versión Vigente No. 10

Fecha: 29/10/2015

Nombre(s):			Apellido patern	Apellido materno:		
Espacio académico: C.U. VALLE DE TEOTIHUACAN	lcuenta:	% de créditos:				
Dirección (calle):			Municipio:			
Colonia o localidad:			Entidad:			
Tel. casa: Celular:				Correo electrónico:		
Datos para el Formato 2. Carta de prese	ntación y a	nceptación				
Titular (Grado académico, nombre completo y cargo):		-			
Datos de la dependencia receptora (Insti	tución, organ	ismo, empre	esa)			
Nombre:		846 10	- 50.			
Calle:			Municipio o delegaci	ón:		
Colonia o localidad:		Entidad Fe	derativa:		C.P.;	
Sector: (X) Público () Pr	rivado	() So	cial			
Datos del proyecto, programa o activida	nd a realiza	r por el/la	prestador/a			
Nombre: SERVICIO SOCIAL			Fecha de	Fecha de inicio: 08 DE MARZO DEL 2017		
			Fecha estimada de término: 08 DE SEPTIEMBRE DEL 2017			
Responsable de el/la prestador/a (Grado académ	nico, nombre c	ompleto y car	go):			
Teléfono de oficina:			Correo electrónico:			
Justificación: (Indica el ¿Por qué? son importantes las	actividades a d	lesarrollar)				



Formato 1. Inscripción: Certificación del Servicio Social

Secretaria de Extensión y Vinculación Dirección de Extensión Universitaria Departamento de Servicio Social y Desarrollo Comunitario



Versión Vigente No. 10

Fecha: 29/10/2015

Objetivo(s):			
Apoyo(s) de la dependencia receptora	a a el/la prestador/a		
Económicos: Si ()* No (X)	Académicos: Si ()* No (X)	Servicios: Si ()* No (X)
*Monto No. de meses	*Curso, tutoria, otro (s):	-2	*Transporte, alimentos, otro (s):
			1
Documentos requeridos para el expe	THE RESIDENCE OF THE PROPERTY	# 100m 17 mm	
Historial académico: () Identificación oficia	al: (X) Recibo de inscripción	vigente: (X) Cartilla	de salud o credencial de servicio médico: (X)
Lugar y fecha en que asistió al curso de indu Nombre y cargo de el/la instructor/a:	cción al servicio social:		
Vo.Bo. de el/la asesor/a o tutor/a acad	lémico/a de el/la prestado	r/a	
Grado académico y nombre completo:			
Occurs also to the first			
Correo electrónico:			Firma
		= 1	
	Nombre cor		Firma
NOMBRE DEL	ALUMNO	Prestador/a	FIRMA DEL ALUMNO
NOMBRE DEL JEFE INMED	Responsable de	e el/la prestador/a	FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
	Responsable de		FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

FORMATO 2. CARTA DE PRESENTACIÓN Y ACEPTACION



Formato 2. Carta de presentación y aceptación: Certificación del Servicio Social



Secretaría de Extensión y Vinculación Dirección de Extensión Universitaria Departamento de Servicio Social y Desarrollo Comunitario

Versión Vigente No. 10

Fecha: 29/10/2015

Fecha

NOMBRE COMPLETO JEFE INMEDIATO O ENCARGADO DEL DEPERTAMENTO DEL PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL (Grado académico y nombre completo):

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA RECEPTORA (Institución, organismo, empresa): PRESENTE

La Universidad Autónoma del Estado de México como Institución comprometida con el desarrollo de la entidad y del país, fortalece la vinculación con los diferentes sectores y otorga la presente a el/la C. - Nombre - - A. Paterno - - A. Materno - de la · Carrera - con número de cuenta 0000000 quien cumple con los requisitos necesarios para realizar su servicio social en LUGAR iniciando **FECHA**

El/La prestador/a debe cubrir un mínimo de 480 horas distribuidas en un período no menor a 6 meses ni mayor a 2 años, desarrollando actividades preferentemente acordes con su perfil profesional y nivel académico, respetando los convenios y/o acuerdos establecidos entre ambas partes.

Para la aceptación de el/la prestador/a, se requiere signar la presente carta y validar su cumplimiento con la firma de los informes trimestral y final, carta de terminación y evaluación.

Sin otro particular, agradezco su atención a la presente.

PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO **SELLO Y FIRMA** M. en C. Oscar Espinoza Ortega

Atentamente

Responsable de servicio social en el Centro Universitario UAEM Valle de Teotihuacán

SELLO Y FIRMA

Vo.Bo. Titular de la dependencia receptora

NOMBRE MEMBRETADA (LOGOS DE LA EMPRESA)

Otumba Méx., a 8 de marzo del 2017

Asunto: Carta de aceptación de Servicio Social

M. EN C. OSCAR ESPINOZA ORTEGA RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL CENTRO UNIVERSITARIO UAEM VALLE DE TEOTIHUACÁN PRESENTE.

La que suscribe	NOMBRE	DE LA PEF	RSONA QUE FIRM	A,	CARGO	כ
de NOMBRE DE L	A EMPRES	A Y DIRECC	ION DONDE REAL	IZA EL S	SERVICIO por e	este
conducto le envió un	n cordial sal	udo, al tiemp	oo le informo que e	I C.	NOMBRE D	EL
ALUMNO alumno	de la CA	ARRERA	, es aceptada para	a realizar	su Servicio So	cial
para cubrir un total d	de <mark>480 hora</mark>	s del 08/03/	2017 hasta el 08/0	9/2017.		
Sin otro particular p	or el momer	nto quede de	usted.			

ATENTAMENTE

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE DEPARTAMENTO O JEFE INMEDIATO DEL PRESTADOR DEL SERVICIO.

FORMATO 3. PRIMER INFORME TRIMESTRAL



Formato 3. Informe: Certificación del Servicio Social

Secretaria de Extensión y Vinculación Dirección de Extensión Universitaria Departamento de Servicio Social y Desarrollo Comunitario



Versión Vigente No. 10

Fecha: 29/10/2015

Instrucciones: Para tu(s) informe(s) trimestral(es), utiliza solo esta hoja. Para tu **informe final**, utiliza este formato completo.

Datos de el/la pr	estador/a	Informe trime	estral No. (1)	Informe fi	nal ()			
	Nombre(s):			Ap	ellido paterno:		Apelli	do materno:	ĺ
	No. de cuenta:	Nombre de la dep			URA ENB T				
		Nombre de la dep	refluencia lec	ceptora (ilisii	tucion, organism	io, empresa).		-	
Período: Del: 8	de MARZO	de 2017	al: 8	de JUNIO) de 2017	Horas d	e servicio a la fe	echa: 240	
Actividades sobre	sallentes (Enlis	ta y explica) y obs	ervacione	s, cuando p	proceda.		1	LOS 3 PRIMEROS DEL SERVICIO S CUMPLIENDO 24	OCIAL
N. 4 - 1		and the second of	405		20120				
Nota : En caso de re	equem mas es	pacio, lavor de c		re complet	- 1		Firma		Ī
	NOMBRE I	DEL ALUMN		datos en la manera (9 Zaspana)	restador/a	FIRM	A DEL AL	UMNO	
		R	tesponsabl	le de el/la p	restador/a				
NOMBR	E DEL JEF	E INMEDIAT	0			FIRMA	DEL JEFE	INMEDIATO	
_	Re	esponsable de s	servicio so	cial, con s	ello del EA		DE LA ENCAR	GADA Y SELLO	1

FORMATO 3. SEGUNDO INFORME TRIMESTRAL



Formato 3. Informe: Certificación del Servicio Social

Secretaria de Extensión y Vinculación Dirección de Extensión Universitaria Departamento de Servicio Social y Desarrollo Comunitario



Versión Vigente No. 10

Fecha: 29/10/2015

Instrucciones: Para tu(s) informe(s) trimestral(es), utiliza solo esta hoja.

Para tu informe final, utiliza este formato completo.

Datos de el/la prestador/a	Informe trimestral	No.(2) Informe	final ()	
Nombre(s):		Apellido paterno	. A	pellido materno:
No. de cuenta:		LICENCIATURA ENB		
	Nombre de la dependent	cia receptora (Institución, organis	smo, empresa):	
Período: Del: 8 de JUNIO d	e 2017 al:	8 de SEPTIEMBRE de 20	Horas de servicio a	i la fecha: 240
Actividades sobresalientes (Enlist	a y explica) y observac	iones, cuando proceda.		LOS 3 ULTIMOS MESES DEL SERVICIO SOCIAL CUMPLIENDO 240 HRS.
Nota: En caso de requerir más esp	pacio, favor de utilizar	el reveso de esta hoja.		
	W-5***	lombre completo	Firr	na
NOMBRE D	EL ALUMNO	Prestador/a	FIRMA DEL	ALUMNO
NOMBRE DEL JEFE	***	nsable de el/la prestador/a	FIRMA DEL JE	FE INMEDIATO
		io social, con sello del EA		CARGADA Y SELLO JNIVERSITARIO

FORMATO 3. INFORME FINAL



Formato 3. Informe: Certificación del Servicio Social

Secretaría de Extensión y Vinculación Dirección de Extensión Universitaria Departamento de Servicio Social y Desarrollo Comunitario



Versión Vigente No. 10

Fecha: 29/10/2015

Instrucciones: Para tu(s) informe(s) trimestral(es), utiliza solo esta hoja.

Para tu informe final, utiliza este formato completo.

	Informe trimestra	l No. ()	Informe f	inal ()	
Nombre(s):		/	Apellido paterno:		Apellido materno:
No. de cuenta:	Nombre de la depender	A TOTAL POPULATION AND A CONTROL OF	TURA ENB T		
Período: Del: 8 de MARZO	de 2017 al:	8 de SEPTI	IEMBRE de 201	7 Horas de	servicio a la fecha: 480
Actividades sobresalientes (∈nlis	sta y explica) y observac	ciones, cuando	proceda.		FECHA DE INICIO Y DE TÉRMINO DEL SERVICIO SOCIAL CUBRIENDO LAS 480 HORAS
					ll l
lota: En caso de requerir más es	spacio, favor de utilizar	el reveso de e	sta hoja.		
lota: En caso de requerir más es		el reveso de e Nombre compl	eto		Firma
*				FIRMA	Firma DEL ALUMNO
Nota: En caso de requerir más es NOMBRE I NOMBRE DEL JEF	DEL ALUMNO Respo		eto Prestador/a		



Formato 3. Informe: Certificación del Servicio Social

Secretaria de Extensión y Vinculación Dirección de Extensión Universitaria Departamento de Servicio Social y Desarrollo Comunitario



Versión Vigente No. 10

Fecha: 29/10/2015

Instrucciones: Te recuerdo que esta información es complemento del informe final.

¿Logré un impacto social? Si, No ¿Por qué?		
¿Logré un impacto académico? Sí, No ¿Por qué?		
Zeogre un impacto academico: 3, No Zror que z		
¿Qué resultados y/o beneficios obtuve? (personales y para	la dependencia receptora)	
Vo.Bo. de el/la asesor/a o tutor/a académico/a de el/la p	restador/a:	
Grado académico y nombre completo:	1	
Correo electrónico:		
		Firma

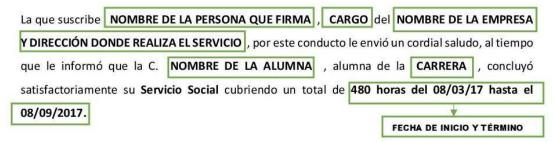
FORMATO 4. CARTA DE TÉRMINO

HOJA MEMBRETADA (LOGOS DE LA EMPRESA)

Otumba, Méx., a 12 de Septiembre de 2017

Asunto: Terminación de Servicio Social

M. EN C. OSCAR ESPINOZA ORTEGA RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL CENTRO UNIVERSITARIO UAEM VALLE DE TEOTIHUACÁN PRESENTE.



Sin otro particular por el momento quedo de Usted.

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO O JEFE INMEDIATO DEL PRESTADOR DEL SERVICIO.

FORMATO 5. EVALUACION DEL PRESTADOR



Formato 5. Evaluación de el/la prestador/a: Certificación del Servicio Social

Secretaria de Extensión y Vinculación Dirección de Extensión Universitaria Departamento de Servicio Social y Desarrollo Comunitario



Versión Vigente No. 10

Fecha: 26/10/2015

	nbre completo: NOMBRE DEI	Fecha de eval 27/09/20 día/mes/a	17			
NS ⁻	TRUCCIONES: Co	n la finalidad de medi	ción, organismo, empre ir el grado de satisfacci fique los aspectos de ac	ón e identificar las com		
acui	1-3: Pésim@	4-5 : <i>Mal</i> @ ¡SEA	6-7: Regular LO MÁS OBJETIVO POS ede llenarlo en computadora ¡GRACIAS!	8-9 : Buen@	10: Excelente	Calificación
1.	Su perfil profesion	al fue:				10
2.	Su actitud fue:					10
3.	Su trabajar en equ	uipo fue:				9
4.	Su iniciativa fue:					10
5.	El cumplimiento d	e sus actividades fue:				10
6.	Su puntualidad fu	Đ:				9
7.	Su liderazgo fue:					10
8.	Su comunicación	oral fue:				10
	El Canadia Acadá	mico donde se formó				10

10. ¿Qué sugiere para mejorar la formación de el/la prestador/a?



¡Muchas gracias por su colaboración, su opinión es muy importante para nuestra Institución!

FORMATO 9. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A EL USUARIO



Formato 9. Encuesta de satisfacción a el/la usuario/a: Certificación del Servicio Social Secretaría de Extensión y Vinculación





Dirección de Extensión Universitaria Departamento de Servicio Social y Desarrollo Comunitario

Versión Vigente No. 10

Fecha: 29/10/2015

Con la finalidad de brindar un mejor servicio, le solicito amablemente contestar la siguiente encuesta; pidiendo sea lo más objetiv@ posible en sus respuestas:

No. de Encuesta (Espacio exclusivo DSSyDC)

Nota: Puede ser llenada por computadora o a mano

Carrera:	LICENCIATURA	A EN TURISMO	Fecha: 11-OCTUBRE-2	017	
Espacio Académico:	CENTRO UNIVE	ERSITARIO UAEM \	/ALLE DE TEC	TIHUACAN	
Situación aca (Marque con una XIa casilla		Alumno/a	X	Egresado/a	

En una escala del 1 al 10, califique los siguientes aspectos, donde los valores son:

1-3: Pésim@ 4-5: Mal@ 6-7: Regular 8-9: Buen@ 10: Excelente

	PREGUNTA	CALIFICACIÓN
1.	Atención recibida del personal en su espacio académico.	10
2.	Difusión del servicio social en su espacio académico.	10
3.	Asesoría sobre el proceso "Certificación del Servicio Social" en su espacio académico.	10
4.	Formatos de control requeridos.	10
5.	Estado físico y de contenido de su certificado de servicio social.	10
6.	Tiempo de solicitud y entrega de su certificado de servicio social.	10

Comentarios, sugerencias, quejas o felicitaciones:

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN Y OBJETIVIDAD, SU OPINIÓN ES MUY IMPORTANTE.

También nos encontramos a sus órdenes en el correo: ssocialuaemex@yahoo.com.mx Teléfono: (01-722) 481 18 00 Exts. 7803, 7810 y 7819