

MEMBRETE DE LA INSTITUCIÓN

CARTA DE ACEPTACIÓN

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE ATEMAJAC
P R E S E N T E

Por medio del presente se hace de su conocimiento que el alumno(a) **NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO** de la carrera de **NOMBRE DE LA CARRERA QUE CURSA EL ALUMNO**, de esa Universidad y con No. de matrícula **N° DE MATRÍCULA DEL ALUMNO** ha sido aceptado para colaborar en esta Dependencia para la prestación de su Servicio Social siendo asignado al Programa **NOMBRE DEL PROGRAMA EN EL QUE PARTICIPARÁ EL ALUMNO** bajo la supervisión de **NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA (QUE SERÁ LA PERSONA QUIEN FIRMARÁ LOS INFORMES TRIMESTRALES)**.

El período para la prestación del Servicio Social será a partir del *** FECHA DE INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO** con un horario de **DÍAS Y HORAS EN LAS QUE PRESTARÁ EL SERVICIO** y hasta acumular **480** horas de Servicio Social efectivo.

Sin más por el momento, quedo a sus órdenes para cualquier aclaración al respecto.

ATENTAMENTE

FIRMA

**NOMBRE Y PUESTO DE LA PERSONA
A QUIEN SE DIRIGIÓ LA CARTA DE ASIGNACIÓN**

**SELLO DE LA
DEPENDENCIA**

Notas:

La carta debe elaborarse en hoja membretada, firmada y sellada por la persona a quien se dirige la Carta de Asignación y/o el Receptor de Prestadores (que previamente registraron), Favor de no firmar p.p. ó p.a.

*** La fecha de inicio no puede ser anterior a la fecha en que el prestador recibe de la Universidad la Carta de Asignación que debe presentar en la Instancia Receptora.**

MEMBRETE DE LA INSTITUCIÓN

INFORME TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE ATEMAJAC
P R E S E N T E

Hacemos constar que **NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO** de la carrera de **NOMBRE DE LA CARRERA QUE CURSA EL ALUMNO**, con No. de matrícula **N° DE MATRÍCULA DEL ALUMNO** de la Universidad del Valle de Atemajac, presenta su **N° DE INFORME** informe trimestral de actividades referente al periodo comprendido del ***FECHA DE INICIO QUE CUBRE EL REPORTE** al **FECHA DE TÉRMINO QUE CUBRE EL REPORTE**, habiendo cumplido un total de **N° DE HORAS ACUMULADAS EN EL PERIODO QUE SE REPORTA** hrs., desempeñando las siguientes actividades.

- **LISTADO DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO REPORTADO!**
- _____
- _____

Sin otro en particular, quedo de Usted.

ATENTAMENTE

**SELLO DE LA
DEPENDENCIA**

FIRMA

NOMBRE Y PUESTO

Del responsable del programa que se indica en carta de aceptación

Notas:

El Informe debe elaborarse en hoja membretada, sellado y firmado por la persona que se menciona como Responsable del Programa en Carta de Aceptación que expide la Institución.

* La fecha de inicio que cubre el Reporte debe ser la misma que indica la Carta de Aceptación.

MEMBRETE DE LA INSTITUCIÓN

CARTA DE TERMINACIÓN

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE ATEMAJAC
P R E S E N T E

Por medio del presente, hago constar que **NOMBRE COMPLETO DEL PRESTADOR**, de la carrera de **NOMBRE DE LA CARRERA DEL PRESTADOR**, de su Institución, con No. de matrícula **NÚMERO DE MATRÍCULA DEL PRESTADOR** ha concluido la prestación de su Servicio Social, el cuál se llevó a cabo en el Departamento de **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EN LA QUE SE PRESTÓ EL SERVICIO SOCIAL** participando en el Programa **NOMBRE DEL PROGRAMA EN EL QUE PARTICIPÓ EL PRESTADOR**.

Realizó durante el período del ***FECHA DE INICIO DEL SERVICIO SOCIAL** al **FECHA DE TERMINACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL**, en un horario de **DÍAS Y HORAS EN LAS QUE SE PRESTÓ EL SERVICIO SOCIAL**, acumulando **NÚMERO TOTAL DE HORAS QUE REALIZÓ EL PRESTADOR** horas de Servicio Social efectivo.

Sin más por el momento, quedo a sus órdenes para cualquier aclaración al respecto.

A T E N T A M E N T E

FIRMA

SELLO DE LA DEPENDENCIA

**NOMBRE Y PUESTO
DE LA PERSONA QUIEN FIRMÓ LA CARTA DE ACEPTACIÓN**

Notas:

La carta debe elaborarse en hoja membretada, firmada y sellada por la persona a quien se dirige la Carta de Asignación y/o el Receptor de Prestadores (que previamente registró la Institución).

* Las fechas deben coincidir con el inicio en Carta de Aceptación y la fecha final del 2° Informe Trimestral. EL TIEMPO DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL NO PUEDE SER MENOR A 6 MESES NI MAYOR A DOS AÑOS.