

**MEMBRETE DE LA DEPENDENCIA**

**CARTA DE ACEPTACIÓN  
PARA ALUMNOS DEL ÁREA DE LA SALUD**

**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 **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**.

El período para la prestación del Servicio Social será a partir del \* **FECHA DE INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO** con un horario de **HORAS EN LAS QUE PRESTARÁ EL SERVICIO** de Lunes a Viernes, hasta cubrir **UN AÑO CONTINUO** de Servicio Social efectivo.

Así también le confirmo que el prestador de servicio gozará de 2 periodos de vacaciones de 10 días cada uno durante su año de servicio.

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 A QUIEN SE DIRIGIÓ LA CARTA DE ASIGNACIÓN**

**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 DEPENDENCIA

## INFORME SEMESTRAL DE ACTIVIDADES

**LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN**

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL  
UNIVERSIADAD 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 PRESADOR DE SERVICIO SOCIAL**, con No. de matrícula **NÚMERO DE MATRÍCULA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL** de la Universidad del Valle de Atemajac, presenta su **N° DE INFORME** informe semestral de actividades referente al periodo comprendido del **FECHA DE INICIO QUE CUBRE EL REPORTE** al **FECHA DE TÉRMINO QUE CUBRE EL REPORTE**, desempeñando las siguientes actividades.

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

Sin otro en particular, quedo de Usted.

ATENTAMENTE

**FIRMA**

**SELLO DE LA DEPENDENCIA**

\_\_\_\_\_  
**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.**



Mi experiencia como prestador de Servicio Social en: **NOMBRE DEL CAMPO CLÍNICO ASIGNADO**, fue:

**DESCRIBIR DE FORMA NARRATIVA LA EXPERIENCIA PERSONAL Y PROFESIONAL DEL PRESTADOR EN EL SERVICIO SOCIAL.**

ATENTAMENTE

**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Prestador**

**SELLO DE LA  
DEPENDENCIA o  
unidad asignada**

**SELLO DE LA  
UNIVA**

**FIRMA**

**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Puesto del Jefe inmediato  
de la Unidad asignada.**

**Nombre  
Responsable de Serv. Soc. en**

**UNIVA**

**MEMBRETE DE LA DEPENDENCIA**  
**CARTA DE TERMINACIÓN**  
**PARA ALUMNOS DEL ÁREA DE LA SALUD**

**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: **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**.

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

ATENTAMENTE

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 UN AÑO CONTINUO, NI MAYOR A DOS AÑOS.**