



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE EXTENSIÓN E INTEGRACION SOCIAL
DIRECCIÓN DE EGRESADOS Y SERVICIO SOCIAL
DIVISIÓN DE SERVICIO SOCIAL

C.E.C.Y T. N.º. 15 "DIODORO ANTUNEZ ECHEGARAY"

4 CLAVE
015

CARTA COMPROMISO

1 FECHA: _____
 2 REG. NUM.: **09015/**
 37 NÚM. DE REL.: _____

**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 N.º. DE BOLETA _____ 6 APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____

NOMBRE (S) _____ 7 CURP _____ 8 SEXO M F

9 DOMICILIO _____ 10 C. P. _____

11 TELÉFONO PARTICULAR _____ 12 ESCOLARIDAD _____ 13 CORREO ELECTRÓNICO _____

14 CARRERA _____ 15 CLAVE _____

DATOS DEL PRESTATARIO ACEPTACIÓN

18 PRESTATARIO _____ CORRESPONDE AL PRESTATARIO EL CONTROL Y VIGENCIA DEL PROGRAMA.

19 PROGRAMA _____ CÓDIGO _____

21 RESPONSABLE DIRECTO DEL PRESTADOR _____ CLAVE _____

22 CARGO _____ 23 TELÉFONO _____ 20 VIGENTE HASTA

AÑO	MES	DÍA

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

27 PERÍODO

INICIO			TÉRMINO		
AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA

28 HORARIO

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

29 FECHA ELAB

AÑO	MES	DÍA

30 APOYO ECONÓMICO SI NO 31 MONTO MENSUAL DE BECA _____

33 MODALIDAD DEL S. S. _____

34 TIPO DE BECA _____

35 CLAVE POR MONTO _____

36 Vo. Bo: _____

JEFE DEL DEPTO. DE S. S.

17 **AVAL DE PRESENTACIÓN**

FIRMA: _____

M.V.Z. FRANCISCO JURADO SILVA SELLO:
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

32 **AVAL DE ACEPTACIÓN E INICIO**

NOMBRE: _____
 CARGO: _____

FIRMA: _____

DOMICILIO: _____
 TELÉFONO: _____ SELLO

16 **PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL**

FIRMA: _____
 NOMBRE: _____

39 **AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE EGRESADOS Y SERVICIO SOCIAL**

FIRMA: _____

DR. OMAR HERNANDEZ MONTES SELLO
 ENCARGADO DE LA DIVISIÓN DE SERVICIO SOCIAL

38 REVISO: _____

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.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL RUBRO DATOS DEL PRESTATARIO
CARTA COMPROMISO "MULTIMODAL"
"DATOS DEL **PRESTATARIO** "ACEPTACIÓN"

EL LLENADO DE ESTE FORMATO POR PARTE DEL PRESTATARIO SERÁ PREVIO AL INICIO DEL SERVICIO SOCIAL.

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 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.
- (27) LA FECHA DE INICIO DEL SERVICIO SOCIAL PREFERENTEMENTE SE AJUSTARA A LOS DÍAS 1° Y 16 DE CADA MES, SE UTILIZARAN ÚNICAMENTE NÚMEROS ARÁBIGOS EN EL ORDEN SEÑALADO.
AÑO MES DÍA
- (28) HORARIO EN QUE SE REALICE EL SERVICIO SOCIAL.
- (29) DÍA, MES 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.- **ESPECIFICARÁ:** NOMBRE, NÚMERO DE REGISTRO, NÚMERO DE BOLETA, CARRERA; PERÍODO DE SERVICIO SOCIAL, HORARIO CUBIERTO, TOTAL DE HORAS, PROGRAMA DE ACTIVIDADES QUE REALIZÓ EL PRESTADOR.