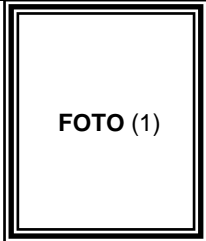



|  |                                                             |                           |
|--|-------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  | SOLICITUD, ASIGNACION Y CARTA COMPROMISO DE SERVICIO SOCIAL | Código: ITUG-VI-PO-002-05 |
|  | Referencia a la Norma ISO 9001:2015 8.2.2                   | Revisión: 1               |

**INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ÚRSULO GALVÁN**  
**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN**  
**SOLICITUD, ASIGNACION Y CARTA COMPROMISO DE SERVICIO SOCIAL**



| DATOS DEL PRESTANTE DE SERVICIO SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------|-----------------|--------|-------|---------|--|--------|--|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | (2)            |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     | EDAD:           | (3)    | SEXO: | H (4) M |  |        |  |
| DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | (5)            |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CALLE Y NÚMERO |           |                                                    | COLONIA                                                        |                     |                                                     | CIUDAD Y ESTADO |        |       |         |  |        |  |
| E-MAIL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | (7)            |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     | TEL:            | (6)    |       |         |  |        |  |
| DATOS ESCOLARES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| CARRERA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | (8)            |           |                                                    |                                                                |                     | N° DE CONTROL                                       | (9)             |        |       |         |  |        |  |
| MODALIDAD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | (10)           |           |                                                    |                                                                | CREDITOS APROBADOS: | (11)                                                |                 | %      |       |         |  |        |  |
| PERIODO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | (12)           | SEMESTRE: | (13)                                               | CAMPUS:                                                        | (14)                |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| DATOS DEL PROGRAMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| DEPENDENCIA OFICIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | (15)           |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| DIRECCION DE LA DEPENDENCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | (16)           |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| NOMBRE Y PUESTO DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | (17)           |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA (ASESOR):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | (18)           |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| FECHA DE INICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | (19)           |           |                                                    | FECHA DE TERMINACIÓN:                                          | (20)                |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| NOMBRE DEL PROGRAMA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | (21)           |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| OBJETIVO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | (22)           |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| TIPO DE ACTIVIDADES: (23)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |           | <input type="checkbox"/> INVESTIGACIÓN             |                                                                |                     | <input type="checkbox"/> CONAFE                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| <input type="checkbox"/> TÉCNICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |           | <input type="checkbox"/> APOYO ACADEMICO           |                                                                |                     | <input type="checkbox"/> ACT. DEPORTIVAS/CULTURALES |                 |        |       |         |  |        |  |
| <input type="checkbox"/> ASESORIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |           | <input type="checkbox"/> DESARROLLO DE COMUNIDADES |                                                                |                     | <input type="checkbox"/> OTRAS                      |                 |        |       |         |  |        |  |
| ¿EL SERVICIO SOCIAL LO REALIZARÁ DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE LA DEPENDENCIA?: (24) SI NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| ¿DÓNDE?: (25)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| <b>HORARIO DE ACTIVIDADES Y DÍAS DE TRABAJO: (26)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| Domingo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                | Lunes     |                                                    | Martes                                                         |                     | Miércoles                                           |                 | Jueves |       | Viernes |  | Sábado |  |
| QUEDANDO A CARGO DE USTED EL CONTROL DE LAS ASISTENCIAS Y ACTIVIDADES DEL PRESTANTE, CON LA OBLIGACIÓN DE EXTENDER SU CARTA DE CUMPLIMIENTO O DE LO CONTRARIO NOTIFICARLO POR ESCRITO EN EL MOMENTO QUE CAUSE BAJA.                                                                                                                                                                                                                                                     |                |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| EL ALUMNO SE COMPROMETE A:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| Realizar el Servicio Social acatando el reglamento del Sistema Nacional de Educación Superior Tecnológica y llevarlo a cabo en el lugar y periodos manifestados, así como, a participar con mis conocimientos e iniciativa en las actividades que desempeñe, procurando dar una imagen positiva del Instituto Tecnológico en el organismo o dependencia oficial, de no hacerlo así, quedo enterado (a) de la cancelación respectiva, la cual procederá automáticamente. |                |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| FIRMAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| FECHA: (27)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |           |                                                    |                                                                | LUGAR: (28)         |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| ALUMNO (A)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |           |                                                    | INSTITUCION / DEPENDENCIA                                      |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| NOMBRE (29)<br><br>FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |           |                                                    | FIRMA                                                          |                     |                                                     | SELLO (31)      |        |       |         |  |        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |           |                                                    | NOMBRE Y CARGO DEL ASESOR (30)                                 |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| OFICINA DE SERVICIO SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| SELLO (33)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |           |                                                    | (32)                                                           |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |           |                                                    | JEFE DE LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL Y DESARROLLO COMUNITARIO |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| ACEPTADO: (34) SI ( ) ; NO ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |           |                                                    |                                                                | MOTIVO: (36)        |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |
| OBSERVACIONES: (36)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |           |                                                    |                                                                |                     |                                                     |                 |        |       |         |  |        |  |

|                                                                                  |                                                             |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  | SOLICITUD, ASIGNACION Y CARTA COMPROMISO DE SERVICIO SOCIAL | Código: ITUG-VI-PO-002-05 |
|                                                                                  | Referencia a la Norma ISO 9001:2015 8.2.2                   | Revisión: 1               |

### INSTRUCTIVO DE LLENADO

| NÚMERO                                                     | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                          | Fotografía reciente del prestatante, tamaño infantil a color o en blanco y negro.                                                                                             |
| 2                                                          | Escribir el nombre completo del alumno interesado en realizar el Servicio Social, de la siguiente manera: apellido partero, maternos y nombre (s)                             |
| 3                                                          | Anotar la edad (con numero) del prestatante                                                                                                                                   |
| 4                                                          | Indicar entre paréntesis el sexo: H Hombre, M Mujer. Ej.: (H) o (M)                                                                                                           |
| 5                                                          | Anotar domicilio particular en el siguiente orden: calle y número, colonia o localidad, ciudad o municipio, estado.                                                           |
| 6                                                          | Anotar el número de teléfono celular/casa particular                                                                                                                          |
| 7                                                          | Anotar correo electrónico (respetando mayúsculas, en caso de existir)                                                                                                         |
| 8                                                          | Anotar la carrera en la cual se encuentra inscrito (a).                                                                                                                       |
| 9                                                          | Anotar el número de control.                                                                                                                                                  |
| 10                                                         | Modalidad en la que está inscrito: Distancia / Escolarizado                                                                                                                   |
| 11                                                         | Créditos aprobados (anotar con numero)                                                                                                                                        |
| 12                                                         | Anotar el periodo al que se inscribe. Ej.: "116-216" (1 ene-jul/ 2 ago-dic) (16: últimos dos dígitos del año en que corresponde realizar el servicio social)                  |
| 13                                                         | Anotar el semestre que se encuentra cursando actualmente (con letra)                                                                                                          |
| 14                                                         | Anotar el campus al que pertenece: Úrsulo Galván / Tlapacoyan                                                                                                                 |
| 15                                                         | Anotar el nombre de la dependencia en que pretende realizar el Servicio Social.                                                                                               |
| 16                                                         | Domicilio de la dependencia en el siguiente orden: calle y número, colonia o localidad, ciudad o municipio, estado.                                                           |
| 17                                                         | Anotar el nombre completo y puesto del titular de la dependencia ( <b>MAXIMA AUTORIDAD</b> ), anteponiendo su último grado de estudios ( <b>ING., M.C., LIC., DR., ETC.</b> ) |
| 18                                                         | Anotar el nombre completo y puesto del responsable del programa ( <b>ASESOR</b> ), anteponiendo su último grado de estudios ( <b>ING., M.C., LIC., DR., ETC.</b> )            |
| 19                                                         | Anotar la fecha de inicio, con el formato: 00 de Mes de 0000 (Ej. 30 de Enero de 2017)                                                                                        |
| 20                                                         | Anotar la fecha de terminación, con el formato: 00 de Mes de 0000 (Ej. 30 de Julio de 2017)                                                                                   |
| 21                                                         | Anotar el nombre completo del programa                                                                                                                                        |
| 22                                                         | Anotar el objetivo completo del programa                                                                                                                                      |
| 23                                                         | Marcar con una <b>X</b> el tipo de actividades que se realizan en el programa (una o más actividades).                                                                        |
| 24                                                         | Encerrar entre paréntesis si el programa se realizará o no dentro de las instalaciones de la dependencia. Ej. ( <b>SI</b> ) / ( <b>NO</b> )                                   |
| 25                                                         | Agregar una respuesta, sea <b>SI</b> o <b>NO</b> la respuesta anterior (24).                                                                                                  |
| 26                                                         | Ajustar un horario de realización de servicio social a 20 horas por semana                                                                                                    |
| 27                                                         | Anotar fecha de entrega, con el formato: 00 de Mes de 0000 (Ej. 30 de Julio de 2017)                                                                                          |
| 28                                                         | Anotar el lugar de entrega (Ciudad, Colonia, Localidad o Población / Municipio / Estado)                                                                                      |
| 29                                                         | Nombre completo del ALUMNO y firmar en el espacio correspondiente.                                                                                                            |
| 30                                                         | Nombre completo del asesor, anteponiendo su último grado de estudios ( <b>ING., M.C., LIC., DR., ETC.</b> )                                                                   |
| 31                                                         | Sello de la institución o dependencia.                                                                                                                                        |
| 32                                                         | <b>Firma</b> del jefe de la oficina de servicio social y desarrollo comunitario                                                                                               |
| 33                                                         | <b>Sello</b> de la oficina de servicio social y desarrollo comunitario                                                                                                        |
| <b>PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL</b> |                                                                                                                                                                               |
| 34                                                         | Anotar si fue aceptado, marcar con una <b>X</b> dentro del paréntesis de la respuesta SI ( <input type="checkbox"/> ); NO ( <input type="checkbox"/> ).                       |
| 35                                                         | Si la respuesta anterior (27) fue "NO", describir el <b>MOTIVO</b> por el cual la solicitud fue rechazada.                                                                    |
| 36                                                         | En caso de que haya observaciones anotarlas.                                                                                                                                  |