



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

3 PLANTEL:

**ESCUELA SUPERIOR DE ECONOMIA**

4 CLAVE

**041**

**CARTA COMPROMISO**

1 FECHA: \_\_\_\_\_

2 REG. NUM.: **10041/**

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°. DE BOLETA

6 APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

7 CURP

8 SEXO

M

F

9 DOMICILIO

10 C. P.

11 TELÉFONO FIJO LOCAL

12 ESCOLARIDAD

13 CORREO ELECTRÓNICO

14 CARRERA

LICENCIADO EN ECONOMÍA

15 CLAVE

041050

**DATOS DEL PRESTATARIO**

**ACEPTACIÓN**

CORRESPONDE AL PRESTATARIO EL CONTROL Y VIGENCIA DEL PROGRAMA.

18 PRESTATARIO

CÓDIGO

19 PROGRAMA

CLAVE

21 RESPONSABLE DIRECTO DEL PRESTADOR

20 VIGENTE HASTA

DIA	MES	AÑO

22 CARGO

23 TELÉFONO

24 UBICACIÓN

25 C. P.

26 CORREO ELECTRÓNICO

33 MODALIDAD DEL S. S.

34 TIPO DE BECA

35 CLAVE POR MONTO

27 PERÍODO

28 HORARIO

INICIO

TÉRMINO

DIA	MES	AÑO

DIA	MES	AÑO

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

36 Vo. Bo:

29 FECHA ELAB

DIA	MES	AÑO

30 APOYO ECONÓMICO SI  NO

31 MONTO MENSUAL DE BECA

JEFE DEL DEPTO. DE S. S.

17 **AVAL DE PRESENTACIÓN**

FIRMA: \_\_\_\_\_

**LIC. GABRIELA VÁZQUEZ GARCÍA** SELLO:

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EXTENSIÓN Y APOYOS EDUCATIVOS

32 **AVAL DE ACEPTACIÓN E INICIO**

NOMBRE:  
CARGO:

FIRMA: \_\_\_\_\_

DOMICILIO:

TELÉFONO:

SELLO

16 **PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL**

FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE:

38 REVISO:

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

FIRMA:

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

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.

DEySS

ESCUELA

INTERESADO

PRESTATARIO

F. DCTSS 92001

## **I. CONSIDERAR EN EL LLENADO DE LA CARTA COMPROMISO (MULTIMODAL)**

### **a) DATOS DEL PRESTADOR (PRESENTACIÓN)**

LA INFORMACIÓN SOLICITADA DEBERÁ SER CLARA Y COMPLETA, CABE DESTACAR.

- (11) TELÉFONO FIJO LOCAL (INDISPENSABLE) DONDE PUEDA ENCONTRARSE AL PRESTADOR O RECIBIR NOTIFICACIÓN RESPECTO DE SU SERVICIO SOCIAL
- (12) INDICARÁ EL PORCENTAJE DE CRÉDITOS CUBIERTOS DE ACUERDO CON LA CONSTANCIA DE ESCOLARIDAD EMITIDA POR EL DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE PROCEDENCIA
- (13) CORREO ELECTRÓNICO (INDISPENSABLE) EN EL CUAL PUEDA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS RELEVANTES DEL SERVICIO SOCIAL

### **b) DATOS DEL PRESTATARIO ACEPTACIÓN**

EL LLENADO DE ESTE FORMATO POR PARTE DEL PRESTATARIO DEBERÁ HACERSE PREVIO AL INICIO DEL 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 (INDISPENSABLE)
- (27) LA FECHA DE INICIO DEL SERVICIO SOCIAL PREFERENTEMENTE SE AJUSTARA AL PRIMER DÍA HÁBIL DE CADA QUINCENA; SE UTILIZARAN ÚNICAMENTE NÚMEROS ARÁBIGOS EN EL ORDEN SEÑALADO.
- (28) HORARIO EN QUE SE REALIZARÁ 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 UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN O DEPENDENCIA Y DE LA CAPTACIÓN DE PRESTADORES Y SELLO DE LA DEPENDENCIA.

## **II. NOTAS IMPORTANTES**

### **a) 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 AL TERMINO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL. **EL PRESTADOR DISPONE ÚNICAMENTE DE CINCO DÍAS HÁBILES PARA LA ENTREGA DE REPORTES, EVALUACIÓN O INFORME EN EL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL DE SU UNIDAD, POSTERIORES A LA CONCLUSIÓN DEL PERIODO CORRESPONDIENTE**

### **b) CARTA DE TERMINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL**

**AL TÉRMINO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL, EL PRESTATARIO DEBERÁ ELABORAR UNA CARTA DE TÉRMINO, LA CUAL 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 Y/O TOTAL DE HORAS, RESUMEN DE ACTIVIDADES QUE REALIZÓ EL PRESTADOR.