



SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL

1.-Datos personales.

Nombre del prestador:

Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Domicilio particular:

Calle

Colonia

Teléfono:

:

Edad:

Sexo:

Grupo:

2.-Escolaridad:

Semestre:

TURNO:

Numero de control:

Periodo inicio: 17 DE SEPTIEMBRE 2024 Termina: 17 MARZO 2025

Deseo prestar mi Servicio Social en:

Dependencia oficial u organismo

Dirección

Teléfono:

:

Nombre del programa:

Subprograma

:

Actividad básica:

Modalidad: Individual ☒

Grupal o Colectiva

Otra,

Cual:

Areas:

P urbana

P suburbana

P rural

Mexicali, B.C. a 17 de SEPTIEMBRE del 2023

Firma del alumno

Vo.Bo. Jefe de la Oficina o
Departamento de Servicio Social.

SARA REBECA VILLARREAL SANTOSCOY
Directora



CARTA COMPROMISO DE SERVICIO SOCIAL

GRUPO 5to.

:

Con el fin de dar cumplimiento a lo que suscribe la Ley Reglamentaria del Artículo 5º. Constitucional, relativo a la presentación del Servicio Social de Estudiantes, el que suscribe:

DATOS PERSONALES:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
Semestre 5to.	Especialidad		
Calle	No.	Colonia	C.P.

DATOS DEL CENTRO DE ESTUDIOS:

Plantel: CBTIS No. 21

Clave 02DCT0082F

:

Calle: CALZADA CUAUHEMOC

No. S/N

Colonia SANTA MARIA

:

Población: MEXICALI

Estado: BAJA

Teléfono: 905.15.18

CALIFORNIA

Solicito autorización para prestar mi Servicio Social en:

Inicio: 17 DE SEPTIEMBRE 2024

Terminación: 17 DE MARZO 2025

Comprometiéndome a sujetarme a los lineamientos del Servicio Social y a cumplirlo en la forma y el periodo manifestado, así como a observar una conducta ejemplar durante la permanencia en el lugar de trabajo, a fin de acrecentar el prestigio del plantel y de la Dirección General de Educación Tecnológica Industrial. De no hacerlo así, me doy por enterado de que no me será extendida la constancia de acreditación del Servicio Social.

CONFORME
EL INTERESADO

FIRMA DEL ALUMNO

DIRECTORA

SARA REBECA VILLARREAL SANTOSCOY

sello

EL JEFE DE LA OFICINA DEL
SERVICIO SOCIAL



Original.- Oficina de Servicio Social de la Escuela
c.c.p.- Interesado

CARTA DE ACEPTACION

Datos del prestante del servicio social.

Nombre

:

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Edad: _____ Sexo: MASCULINO _____ Femenino _____

Dirección: _____
Calle y Numero Colonia Ciudad y Estado.

Carrera o especialidad: _____

Semestre: 5to. _____

No. De control: _____ TURNO _____

Datos del programa:

Nombre:

Objetivo: _____

Actividades a desarrollar:

1

.

2

.

3

.

4

.

5

.

En caso de requerir mayor espacio, integrar hojas anexas

Tipo de actividades:

☐
☐
☐

Administrativas

Técnicas

Asesoría

☐
☐
☐

Investigación

Docentes

Otras

Horario de actividades 4 HRS. Días de trabajo LUNES- VIERNES



**Nombre y firma del responsable del programa
en la dependencia**

-original Plantel
-c.c.p. alumno
-c.c.p. Institución

Sello

INFORME TRIMESTRAL

Plantel: CBTIS No. 21

Ubicación: CALZADA CUAUHEMOC Y RIO ELOTA S/N

Nombre del prestador:

Especialidad: Grupo: **5to.**

Periodo: 17 09 2024 a 12 12 2024
día mes año día mes año

Programa

Institución

Ubicación

NOMBRE

Cargo

INFORME DE ACTIVIDADES

(En caso de requerir mayor espacio, anexar las hojas necesarias)

Mexicali, B.C. a 12 de 12 De 2024

Prestador del
servicio

Nombre

Firma

Asesor del servicio



Nombre

Firma

Sello

INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO SOCIAL

Nombre del
Prestador:
Especialidad

No. De control:

:

Periodo de realización Inicio: 17 09 2024 Termino: 17 03 2025
día mes año día mes año

Horario de _____ a _____ cubriendo _____ Días de la semana

Programa: _____
Institución: _____
Ubicación: _____

a. Introducción

b. Desarrollo

c. Resultados

d. Conclusiones

Anexar las hojas necesarias.

Mexicali, B.C. a 17 d MARZO del 2025 e



Firma del prestador

**Asesor del programa del
Servicio Social**

Original plantel
c.c.p. interesado



CONSTANCIA DE TERMINACIÓN

Mexicali, B.C. a 17 de MARZO del 2025

C. SARA REBECA VILLARREAL SANTOSCOY
DIRECTOR
PRESENTE.-

Por este conducto informo a usted que el (la)
Con no. De control
De la especialidad de
Realizo su servicio social en el programa de :
Desempeñando actividades de
Durante el periodo comprendido del 17/09/24 al 17/03/25
Con una duración total de 480 horas.

A T E N T A M E N T E

**Nombre y firma del responsable del programa
en la dependencia**

Sello

Nota: Esta constancia deberá elaborarse en papel oficial de la dependencia u organismo donde se efectuó el servicio social.

Original plantel
c.c.p. interesado