Nombre del Prestador del Servicio Social:

Carrera: No. De Control

Programa:

Periodo de Realización: del de al de de 20\_\_\_\_\_\_\_.

INSTRUCCIONES: Describir ampliamente las actividades a realizar durante el periodo de servicio social

|  |  |
| --- | --- |
| No. | Actividad |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Nombre y firma del Titular de la Dependencia/Empresa**

**Nombre, cargo y firma del Responsable del Programa**

**Sello de la Dependencia/Empresa**

Nota: Este documento deberá ser entregado en la Oficina de Servicio Social, al momento de firmar la solicitud y carta compromiso.

 Si el responsable del programa es el titular de la Dependencia, se deberá firmar en ambos campos.

c.c.p. Expediente Oficina de Servicio Social