# logos_UO

# ASUNTO: SOLICITUD PARA LA PRESTACIÓN

**DEL SERVICIO SOCIAL**

**LIC. CARLA OYUKY RUBIO GARRIDO**

**DIRECTOR GENERAL**

**PRACTICAS PROFESIONALES, SERVICIO SOCIAL Y**

**TITULACIÓN**

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE-POZA RICA**

**P R E S E N T E**

EL (LA) QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALUMNO DEL **\_\_\_\_\_\_\_\_**SEMESTRE DE LA LICENCIATURA DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** MATRÍCULA NO. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EN ESTA INSTITUCIÓN.

SOLICITO A USTED DE LA MANERA MÁS ATENTA, ME SEA AUTORIZADA

LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL EN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** CON DOMICILIO EN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Y TELÉFONOS **-**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EN EL ÁREA DE  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** A CARGO DEL C.\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EN EL PERIODO DEL \_\_\_\_\_ DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DE \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_ DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

CON UN HORARIO DE **\_\_\_\_\_\_\_\_**A\_\_\_\_\_\_\_\_ HRS., DE LUNES A VIERNES.

EN CASO DE SER AUTORIZADA ESTA SOLICITUD, FAVOR DE DIRIGIR LA CARTA

DE PRESENTACIÓN A: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_**

CARGO **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DEPENDENCIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

DE ANTEMANO POR LA ATENCIÓN PRESTADA A LA PRESENTE QUEDO DE USTED.

### A T E N T A M E N T E

**POZA RICA, VERACRUZ., DE DE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO**

*MEMBRETE / IMAGEN CORPORATIVA*

**Asunto:** Aceptación del Servicio Social

Lugar y Fecha

Lic. Carla Oyuky Rubio Garrido

Departamento de Prácticas Profesionales,

Servicio Social Y Titulación

Universidad de Oriente Poza Rica

**Presente**

En atención a su solicitud, hago de su conocimiento que el (la) **C. (*Nombre del prestador del Servicio Social*)**,estudiante o pasante (*según sea el caso*)de la Institución Universidad de Oriente Veracruz de la Licenciatura en *Nombre de licenciatura,* con numero de RVOE y *fecha de autorización (proporcionada por el departamento de PP, SS y titulación)* y número de matrícula (*la cual tendrán en su hoja de presentación),* ha sido ACEPTADO (A) para realizar su Servicio Social, dando inicio el *día, mes, año,* en un horario establecido de ( ) a ( ) horas de lunes a viernes. Los días inhábiles, sean por mandato de ley o por causa de fuerza mayor no serán considerados y por lo tanto deberán de ser compensados hasta acreditar un mínimo de 480 horas en un periodo no menor a seis meses, para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

Sin otro particular agradezco su atención y quedo a la espera de su atenta respuesta.

SELLO OFICIAL LEGIBLE

(Quitar este cuadro)

Atentamente

\_\_\_\_\_\_\_\_Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre de Autoridad de la Institución Receptora)

(Cargo)



### R E P O R T E B I M E S T R A L

#### No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LIC. CARLA OYUKY RUBIO GARRIDO**

**DIRECTOR GENERAL**

**PRACTICAS PROFESIONALES, SERVICIO SOCIAL Y**

**TITULACIÓN**

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE-POZA RICA**

**P R E S E N T E**

NOMBRE DEL PRESTADOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LICENCIATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERIODO DEL REPORTE \_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASESOR DE SERVICIO SOCIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HORAS LIBERADAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REPORTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VERACRUZ, VERACRUZ, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_

EL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL EL ASESOR DE SERVICIO SOCIAL

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SELLO**



**REPORTE FINAL**

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

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Licenciatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semestre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del asesor de Servicio social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Nota: Este cuestionario deberá ser contestado por el Asesor del Servicio Social

1. ¿Cómo fue el desempeño del prestador de Servicio Social de acuerdo a sus conocimientos académicos?

Excelente Bueno Regular Malo

1. Tuvo buen comportamiento dentro de la Dependencia.

Sí No

1. Su asistencia de acuerdo al horario autorizado fue.

Excelente Bueno Regular Malo

1. Fue participativo

Sí No

1. En general ¿cómo considera el desempeño del alumno?

Excelente Bueno Regular Malo

Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alumno Funcionario

Nombre, Firma y Sello

*MEMBRETE DE LA DEPENDENCIA*

#### ASUNTO: Cumplimiento del Servicio Social

**El suscrito NOMBRE DE LA AUTORIDAD COMPETENTE RECEPTORA del (a) NOMBRE DE LA INSTITUCION DONDE REALIZAN EL SERVICIO.**

**H A C E C O N S T A R**

Que el (la) C.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estudiante o pasante de la licenciatura en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Universidad de Oriente Veracruz con número de RVOE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y número de matrícula (es el número que pusieron en la Aceptación), ha **concluido** la prestación del Servicio Social en esta Institución, realizado durante el periodo comprendido del \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_, en un horario de \_\_:\_\_ a \_\_:\_\_ de lunes a viernes, cubriendo un total de **480 horas** en función de lo establecido en la normatividad vigente.

De acuerdo a las disposiciones vigentes y para los usos legales que procedan, se extiende la presente, en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a los \_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año de 20\_\_.

SELLO OFICIAL LEGIBLE

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (FIRMA)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Autoridad Competente de la Institución Receptora)**

**(Cargo)**