



### SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL

Plantel:
----------

Clave:
--------

#### DATOS DEL SOLICITANTE:

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):
-------------------	-------------------	-------------

Edad:	Sexo:
-------	-------

No. De Control Escolar:	Carrera:	Semestre:
-------------------------	----------	-----------

Domicilio:	Calle:	Colonia:
------------	--------	----------

C.P.:	Municipio:	Teléfono:
-------	------------	-----------

Correo Electrónico:
---------------------

#### NOMBRE DEL PRODUCTO

--

Horas:	Periodo:
--------	----------

#### NOMBRE DEL ASESOR

--

Fecha de solicitud:
---------------------

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INTERESADO



**REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL (1)**

Plantel:

Clave:

**DATOS DEL ALUMNO:**

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):
-------------------	-------------------	-------------

No. De Control Escolar:	Carrera:
-------------------------	----------

Correo Electrónico:

**INFORME:**

Periodo del Informe:

Fecha de entrega:

Información de actividades realizadas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASESOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ALUMNO

ORIGINAL: EXPEDIENTE  
C.C.P. INSTITUCIÓN  
C.C.P. INTERESADO



**REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL (2)**

Plantel:

Clave:

**DATOS DEL ALUMNO:**

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):
-------------------	-------------------	-------------

No. De Control Escolar:	Carrera:
-------------------------	----------

Correo Electrónico:

**INFORME:**

Periodo del Informe:

Fecha de entrega:

Información de actividades realizadas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASESOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ALUMNO

ORIGINAL: EXPEDIENTE  
C.C.P. INSTITUCIÓN  
C.C.P. INTERESADO



**REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL (3)**

Plantel:

Clave:

**DATOS DEL ALUMNO:**

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre (s):
-------------------	-------------------	-------------

No. De Control Escolar:	Carrera:
-------------------------	----------

Correo Electrónico:

**INFORME:**

Fecha de Inicio:	Fecha de Término:
------------------	-------------------

Información de actividades realizadas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASESOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ALUMNO

ORIGINAL: EXPEDIENTE  
C.C.P. INSTITUCIÓN  
C.C.P. INTERESADO



### **CONSTANCIA DE CONCLUSIÓN DE SERVICIO SOCIAL**

**C.**  
**DIRECTOR(A) DEL PLANTEL \_\_\_\_\_**  
**P R E S E N T E**

Por este conducto me permito informar a usted que:

\_\_\_\_\_

alumno (a) de la carrera de: \_\_\_\_\_

terminó en forma satisfactoria su Servicio Social presentando el producto:

\_\_\_\_\_

Realizado durante el periodo comprendido del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

cubriendo un total de: \_\_\_\_\_ horas.

Se extiende la presente a petición del interesado (a) a los \_\_\_\_\_ días del  
mes \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR

ORIGINAL: EXPEDIENTE  
C.C.P. INSTITUCIÓN  
C.C.P. INTERESADO

CODIGO DEL FORMATO: REG-DAC-7.0-05 (REVISION: 0) OCTUBRE-30-2020



### **CARTA DE LIBERACIÓN DE SERVICIO SOCIAL**

Plantel:

Clave:

#### **A QUIEN CORRESPONDA:**

Por medio de la presente se hace constar que según documentos que obran en los archivos del Departamento de Control Escolar de esta Institución, el (la) C. \_\_\_\_\_ con No. de Control Escolar \_\_\_\_\_ de la Carrera de \_\_\_\_\_ del Nivel Bachillerato Tecnológico, cumplió con sus Prácticas Profesionales con la realización del producto \_\_\_\_\_

De acuerdo con los Lineamientos para la realización del Servicio Social de manera virtual, emitidos por la Coordinación de Organismos Descentralizados Estatales de los CECyTEs para el ciclo escolar 2020-2021, con motivo de la nueva normalidad derivada de la contingencia sanitaria por la SARS-COV-2, también conocida como COVID-19.

Cubriendo un total de \_\_\_\_\_ horas durante el período comprendido del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 5to. Constitucional relativo al ejercicio de las Profesiones, así como en lo establecido en los Lineamientos y Normatividad vigentes en el Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Morelos.

Se extiende la presente para los fines legales que al interesado(a) convengan en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_  
**DIRECTOR DEL PLANTEL**

ORIGINAL: EXPEDIENTE  
C.C.P. INSTITUCIÓN  
C.C.P. INTERESADO