**DOCUMENTOS MODELO PARA TRÁMITE Y CONTROL DEL SERVICIO SOCIAL CECyTE**

1. Constancia de Asistencia al Taller de Inducción sobre los requisitos y procedimiento para la liberación del Servicio Social.
2. Solicitud de Servicio Social
3. Carta de Presentación
4. Carta de Aceptación
5. Carta de asignación y autorización de inicio
6. Cumplimiento de Servicio Social
7. Constancia de liberación del Servicio Social
8. Programa de Servicio Social
9. Tarjeta de Control y Reporte General del Servicio Social
10. Informe Bimestral
11. Informe Final

Nombre Completo del Alumno

Número de Matrícula y Especialidad

P R E S E N T E.-

Con fundamento en el numeral 23 de los Lineamientos que Regulan la Prestación del Servicio Social del Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Sinaloa, se le expide **CONSTACIA DE ASISTENCIA** al Taller de Inducción sobre los requisitos y procedimiento para la liberación del Servicio Social, mismo que se llevó a cabo en las instalaciones del Plantel CECyTE No. 01, el día 30 de septiembre del 2023, con una duración de 2 horas.

Atentamente

Culiacán Rosales, Sinaloa; al \*++ \*\*\* \*\*\*\* 2023

|  |  |
| --- | --- |
| Lic. \*\*\*\*Director del Plantel CECyTE No. 01 | Lic. \*\*\*\*\* Coordinador de Servicio Social del Plantel CECyTE No. 01 |

C.c.p. Archivo.

***Documento n° 1***

 Culiacán Rosales, Sinaloa, al 00 de septiembre de 2023.

Asunto: **Solicitud de Servicio Social.**

Lic. David \*\*\* \*\*\*

Director de Plantel CECyTE No. 01

P R E S E N T E.-

Quien suscribe C\*\*\*+ \*\*\*\* +++ \*\* \*\*\* alumno del \_\_\_\_\_\_\_semestre de la especialidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con número matricula \_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Plantel CECyTE No. 1, manifiesto ser alumno (a) regular e inscrito en el presente ciclo escolar 2023-2024.

Me dirijo a usted con la finalidad de solicitar la autorización respectiva para realizar mi servicio social, manifestado mi compromiso con CECyTE Sinaloa de desempeñarme con responsabilidad e integridad.

Asimismo, para los efectos administrativos correspondientes, solicito como institución para prestar mi servicio social, la siguiente:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Institución Pública o Privada Receptora: |  |
| Domicilio de la Institución Receptora: |  |
| Teléfono de Contacto: |  |
| Correo Electrónico: |  |
| Nombre del Responsable del Programa: |  |
| Cargo de la persona responsable del Programa: |  |

Asimismo, anexo la **CONSTACIA DE ASISTENCIA** al Taller de Inducción sobre los requisitos y procedimiento para la liberación del Servicio Social.

Sin otro en particular, en espera de la Carta de Presentación correspondiente, agradezco la atención prestada a la presente solicitud.

Atentamente

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

NOMRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

C.c.p. Archivo.

***Documento n° 2***

**Oficio Número.**

Asunto: **Carta de Presentación.**

FOTOGRAFIA DEL ALUMNO (TAMAÑO INFANTIL)

NOMBRE PERSONA REPRESENTANTE

DE LA INSTITUCIÓN O RESPONSABLE DEL PROGRAMA

PRESENTE. -

El que suscribe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Coordinador del Servicio Social del Plantel CECyTE No. \*\* con fundamento en el artículo 5, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; el Título Noveno de la Ley de Educación para Estado de Sinaloa y de conformidad a los Lineamientos Normativos que Regulan la Prestación del Servicio Social del Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Sinaloa, me permito presentar al alumno NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO quien cursa el semestre \_\_\_\_\_\_\_de la especialidad NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD con número de matrícula NÚMERO DE MATRÍCULA, inscrito en el Plantel NOMBRE COMPLETO DEL PLANTEL EDUCATIVO, quien ha solicitado realizar su servicio social en la Institución que dignamente usted representa a partir del día \_\_\_\_\_\_, con un horario \_\_\_\_\_\_\_.

Se precisa que el/la alumno/a debe cumplir con un mínimo de 250 horas distribuidas en un periodo no menor de 3 meses ni mayor a 1 año, desarrollando actividades acordes con su perfil profesional y nivel académico.

Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada, le envió un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Culiacán Rosales, Sinaloa, al \*\* de septiembre de 2023

Lic. \*\*\*\*\*

Coordinador de Servicio Social del Plantel CECyTE No. 01

C.c.p. Expediente.

C.c.p. Interesado(a)

**Documento n° 3**

Lugar y fecha de emisión.

HOJA MEMBRETADA DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA

Asunto: **Carta de aceptación.**

Nombre del Coordinador de Servicio social

Coordinador de Servicio Social de plantel

(Nombre del plantel)

En atención a su carta de presentación a favor del alumno (a). Nombre Completo del Alumno, quien cursa el \_\_\_\_\_\_\_\_semestre de la especialidad de \_\_\_\_\_\_, me permito informarle que ha sido aceptada su propuesta para que haga su servicio social en esta institución (pública o privada) denominada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a partir del día \_\_\_\_, hasta completar con 250 horas en un periodo no mayor a un año.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

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

Nombre completo de la persona representante de la institución pública o privada

Cargo o puesto de la persona responsable del programa

Nombre Completo de la empresa o institución

C.c.p. Expediente.

C.c.p. Interesado(a)

**Documento n° 4**

**CARTA DE ASIGNACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Culiacán Rosales, Sinaloa, al \*\* de septiembre de 2023.

ASUNTO: **Asignación y autorización de inicio.**

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA

TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN SOCIAL

PRESENTE. -

Por medio del presente, con fundamento en los numerales 28, 29 y 30 de los Lineamientos Normativos que Regulan la Prestación del Servicio Social del Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Sinaloa, se informa que el alumno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ha sido inscrito en el programa del servicio social del Plantel No. \*\* CECyTE, por lo que se solicita su autorización para su inicio oficial.

Para los efectos administrativos correspondientes, se anexa la información siguiente:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del alumno (a): |  |
| Nivel de estudios: |  | Especialidad: |  |
| Plantel educativo |  |
| Domicilio del Plantel |  |
| Porcentaje de Acreditación académica |  |
| Tipo de Actividades a Desarrollar: |  |
| Periodo de prestación: |  | Número de horas: |  |
| Nombre de la Institución Receptora: |  |
| Domicilio y teléfono de la Institución Receptora: |  |

Asimismo, se anexa copia fotostática simple del expediente del servicio social correspondiente, el cual se integra por la documentación señalada en el numeral 28 de los Lineamientos en mención.

Sin otro el particular, le reitero mi atenta y distinguida consideración.

ATENTAMENTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre y firma Coordinador de Servicio social de Plantel | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre y firma del responsable de la institución receptora | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre y firma del Alumno (a) |

|  |  |
| --- | --- |
| En mi carácter de titular del Departamento de Vinculación Social de la Dirección de Vinculación y Promoción Educativa, se autoriza el inicio de la prestación del Servicio Social: | firmaNombre y cargo de titular del dpto. de vinculación social. |

C.c.p. Expediente

C.c.p. Interesado (a)

***Documento n° 5***

HOJA MEMBRETADA DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA

Lugar y fecha de emisión.

Asunto: **Cumplimiento de Servicio Social.**

Nombre completo del director(a)

DIRECTOR(A) DE PLANTEL nombre completo de plantel

P R E S E N T E.

El que suscribe nombre y cargo de la Institución que representa por medio de la presente me permito informar a usted que el (la) C. nombre completo del alumno con número de control \_\_\_\_\_ ha concluido satisfactoriamente el servicio social que le fue encomendado en el área de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bajo la supervisión de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ en un horario de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_y que lo realizó en el periodo comprendido del \_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cumpliendo con \_\_\_\_ horas de servicio social.

A T E N T A M E N T E

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

Nombre y puesto de la persona responsable de la Institución Receptora

***Documento n° 6***

**CONSTANCIA DE LIBERACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL**

**CECyTE SINALOA**

FOLIO: NÚM. DE FOLIO

Con fundamento en el artículo 5, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; el Título Noveno de la Ley de Educación para Estado de Sinaloa y de conformidad a los numerales 35 y 36 de los Lineamientos Normativos que Regulan la Prestación del Servicio Social del Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Sinaloa, se hace Constar que el (la)  alumno   (a): NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO, del Plantel No. \_\_\_, con   número   de   matrícula  [20425070040107](https://app.saeko.io/community/students/1313589), de  la   Carrera  FUENTES ALTERNAS DE ENERGIA, ha concluido  satisfactoriamente su Servicio  Social en NOMBRE DE LA UNIDAD RECEPTORA, NOMBRE DEL MUNICIPIO O LOCALIDAD cumpliendo un total de \*\*\*\*\* horas, durante el  periodo   comprendido  del PERIODO DE INICIO Y FIN DE PRESTACIÓN, según los registros que obran en el expediente de esta Institución.

Se expide la presente a los FECHA DE EMISIÓN DEL DOCUMENTO, en la ciudad de Culiacán Rosales, Sinaloa, para los fines a que haya lugar.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR (A)GENERAL | NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR(A) DE PLANTEL |

***Documento n° 7***

**PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL**

Lugar y fecha de emisión

|  |
| --- |
| DATOS DEL PROGRAMA DE DESARROLLO DE SERVICIO SOCIAL |
| NOMBRE DEL PROGRAMA |  |  |
| OBJETIVO  |  |
| TIPO DE ACTIVIDADES DE DESARROLLO |  |
| ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR |  |
| HORARIO Y PERIODO DE ACTIVIDADES |  |
|  |

|  |
| --- |
| DATOS DEL PRESTADOR (A) DE SERVICIO SOCIAL |
| NOMBRE DEL PLANTEL |  |
| CLAVE DE CENTRO DE TRABAJO |  |
| NOMBRE DEL ALUMNO |  |
| CARRERA |  |
| GRUPO |  |
| NÚMERO DE TELEFONO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre completo del responsable del programaCargo o puesto del responsable y nombre de la institución o empresa | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre completo del CoordinadorCoordinador de Servicio Social |

***Documento n°. 8***

**TARJETA DE CONTROL DE SERVICIO SOCIAL**

|  |
| --- |
| DATOS DEL PRESTADOR (A) DE SERVICIO SOCIAL |
| NOMBRE DEL PLANTEL |  |
| CLAVE DE CENTRO DE TRABAJO |  |
| NOMBRE DEL ALUMNO |  |
| CARRERA |  |
| GRUPO |  |
| LUGAR DONDE REALIZA SU SERVICIO SOCIAL |  |

|  |
| --- |
| REPORTE GENERAL |
| NÚMERO DE INFORME | FECHADE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN | HORAS ACREDITADAS |
| Nombre del informe |  |  |  |
| Nombre del informe |  |  |  |
| Nombre del informe |  |  |  |
| Nombre del informe |  |  |  |
| Nombre del informe |  |  |  |
| Nombre del informe |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre completo del responsableDirector de Plantel | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre completo de la persona responsableCoordinador de Servicio Social |

***Documento n° 9***

**INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES DE SERVICIO SOCIAL**

**COLEGIO DE ESTUDIOS CENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS**

**DEL ESTADO DE SINALOA**

– Haga clic y elija una fecha --

|  |
| --- |
| Datos del Servidor Social |
| Nombre: | Especialidad: |
| Grupo: | Matrícula:  |
| Datos de la Unidad Receptora |
| Nombre de la Unidad Receptora:  |
| Nombre del programa:  |
| Responsable del programa:  | Cargo:  |
| Periodo: | Número de Informe: | Horario de asistencia: | Horas reportadas: |

INFORME DE ACTIVIDADES --- Clic aquí para escribir programa ---

--- Clic aquí para escribir texto ---

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre completo del responsable del programaPuesto o cargo del responsable del programa | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre completo del coordinador de plantelCoordinador de Servicio Social |

***Documento n° 10***Lugar y fecha de emisión

**INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO SOCIAL**

|  |
| --- |
| Datos del Servidor Social |
| Nombre: | Especialidad:  |
| Grupo: | Matrícula: |
| Datos de la Unidad Receptora |
| Nombre de la Unidad Receptora:  |
| Nombre del programa:  |
| Responsable del programa:  | Cargo:  |
| Periodo: | Horario de asistencia: | Horas reportadas:250 horas |

Introducción:

--- Clic aquí para escribir texto ---

Justificación:

--- Clic aquí para escribir texto ---

Objetivos:

--- Clic aquí para escribir texto ---

Desarrollo de Actividades:

--- Clic aquí para escribir texto ---

Conclusiones:

--- Clic aquí para escribir texto ---

Observaciones:

--- Clic aquí para escribir texto ---

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre completo del responsable de la empresaCargo o puesto del responsable y nombre de la empresa | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre completo del responsable Coordinador del Servicio Social |

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

Nombre completo del alumno

Firma del alumno

***Documento n° 11***