



# SERVICIO SOCIAL UCEMICH 2023

# 1

- Verificar que tienes como mínimo el 70% de créditos.
- Puedes consultarlo en el Servicios Escolares



# 2



**BUSCAR UNA INSTITUCIÓN  
PÚBLICA PARA REALIZAR TU  
SERVICIO SOCIAL**

**SI LA INSTITUCIÓN ES PRIVADA DEBES  
COMPROBAR QUE ESTA TENGA CONVENIO CON  
SERVICIO SOCIAL Y PASANTES DEL ESTADO.**

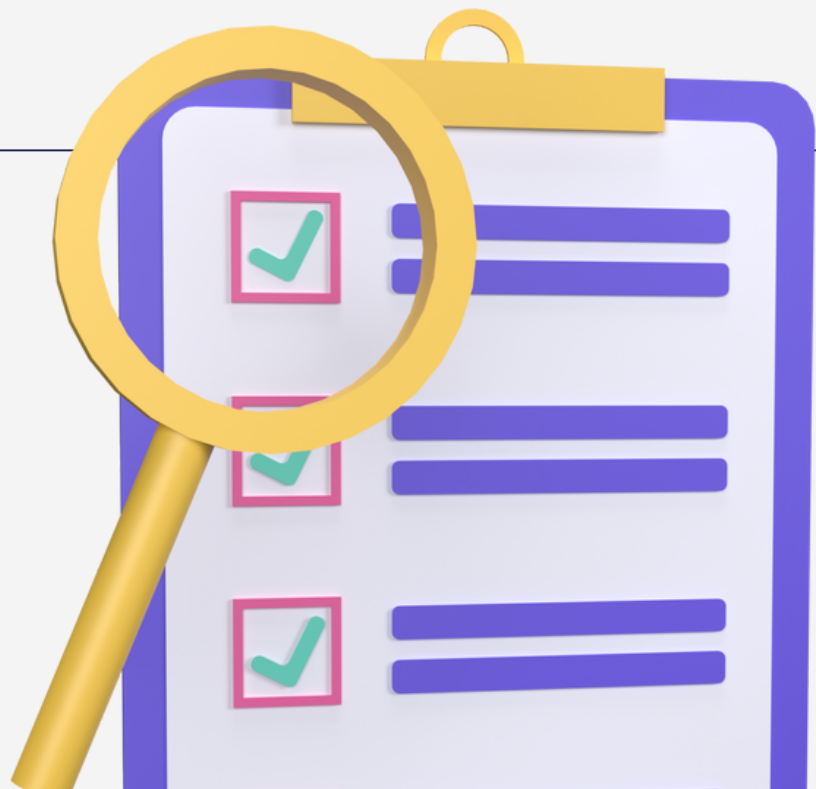
# 3



**UNA VEZ ELEGIDA, CONSULTA  
QUE EXISTA UN PROGRAMA  
DADO DE ALTA.**

**ESTA INFORMACIÓN SE ENCUENTRA  
EN LA PÁGINA WEB DE LA UCEMICH,  
EN LA PESTAÑA DE ESTUDIANTES  
SERVICIO SOCIAL**

DOCUMENTOS PERSONALES	EMITIDOS POR LA UCEMICH	DOCUMENTOS PARA EL REGISTRO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de Acta de Nacimiento (<b><u>vigencia no mayor a un año</u></b>)</li> <li>• CURP vigente</li> <li>• 1 fotografía tamaño infantil</li> <li>• 1 carpeta tamaño carta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constancia de sin calificación que certifique tu 70% de créditos.</li> </ul> <p><b><u>SERVICIOS ESCOLARES</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de registro</li> <li>• Carta de Aceptación de la Unidad Receptora dirigida a la Lic. Luz Selene Archundia Sánchez</li> <li>• Carta de Aceptación de la Unidad Receptora dirigida al Rector, Sergio Miguel Cedillo Fernández.</li> </ul> <p><u>Contenido disponible en el apartado Servicio Social</u></p>



# 4 REGISTRO

## EMITIDOS POR LA UCEMICH

- Constancia de sin calificación que certifique tu 70% de créditos.

### SERVICIOS ESCOLARES



Universidad de La Ciénega del  
Estado de Michoacán de Ocampo

## Módulo de consulta de Referencia Bancaria

Escribe tu matrícula para obtener la referencia bancaria y el formato de pago. El pago lo puedes realizar en cualquier sucursal Bancomer

\* Escribe tu matrícula:

\* Selecciona los servicios que deseas solicitar.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Solo deseo consultar mi referencia                 | <input type="checkbox"/> Examen de titulación de Licenciatura en Genómica Alimentaria | <input type="checkbox"/> Certificado parcial                             |
| <input type="checkbox"/> Constancia con calificación                        | <input type="checkbox"/> Ficha ingreso de maestría                                    | <input type="checkbox"/> Duplicado de certificado                        |
| <input type="checkbox"/> Constancia sin calificación                        | <input type="checkbox"/> Inscripción y reinscripción de maestría                      | <input type="checkbox"/> Baja definitiva del ciclo escolar               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Constancia de inicio de Servicio Social | <input type="checkbox"/> Tarjeta para pagos en biblioteca                             | <input type="checkbox"/> Registro extemporáneo                           |
| <input type="checkbox"/> Credencial   | <input type="checkbox"/> Kardex   | <input type="checkbox"/> Multa centro de información (biblioteca)        |
| <input type="checkbox"/> Resello de Credencial                              | <input type="checkbox"/> Trámite de revalidaciones/equivalencias                      | <input type="checkbox"/> Duplicado de acta de titulación                 |
| <input type="checkbox"/> Reposición de Credencial                           | <input type="checkbox"/> Examen global de curso ordinario                             | <input type="checkbox"/> Curso Centro de Idiomas                         |
| <input type="checkbox"/> Titulación, emisión y registro de título           | <input type="checkbox"/> Examen global de Inglés                                      | <input type="checkbox"/> Recargo por pago extemporáneo Centro de Idiomas |
| <input type="checkbox"/> Certificado  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ficha de ingreso licenciatura                      |   |  |



# 4 REGISTRO



# FECHAS DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

**01 DE FEBRERO**  
al  
**28 DE FEBRERO**



**INICIO DE SERVICIO SOCIAL**

**20 DE FEBRERO**

**TERMINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL**

**20 DE AGOSTO**

**PARA TODOS**



# 5 DOCUMENTOS PARA ACREDITACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

- ✓ INFORMES BIMESTRALES
- ✓ INFORME GLOBAL
- ✓ EVALUACIÓN DE UNIDAD RECEPTORA
- ✓ CARTAS DE TERMINACIÓN



# 6



FECHAS DE  
RECEPCIÓN DE  
DOCUMENTOS



21 DE AGOSTO

al

01 DE SEPTIEMBRE



AL ENTREGAR TUS PAPELES DE  
FINALIZACIÓN A LA SUBDIRECCIÓN DE  
PASANTES Y REGISTRO SOCIAL EN  
MORELIA, SE NOS ENTREGAN

**1 CARTA DE ACREDITACIÓN**

LA CUAL NECESITARÁS  
PARA TU TITULACIÓN





EJEMPLO DE LLENADO  
DE DOCUMENTOS

# DATOS DEL PRESTADOR = DATOS PERSONALES

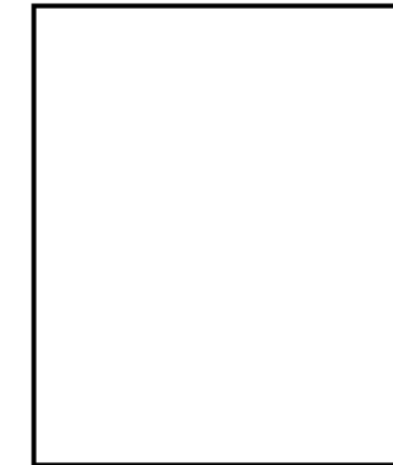


Subdirección  
de Servicio Social  
y Pasantes  
INSTITUTO DE LA JUVENTUD MICHOACANA  
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Instituto  
de la Juventud  
Michoacán  
GOBIERNO DE MICHOACÁN

## Solicitud de Registro Datos del Prestador



Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M (  ) F (  )

                    Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre (s)

Domicilio: \_\_\_\_\_

                    Calle y número    Colonia    Población

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: 

Día	Mes	Año

Carrera: \_\_\_\_\_ Año o semestre concluido: \_\_\_\_\_

Nombre de la institución educativa: \_\_\_\_\_

Datos del Programa de Servicio Social

Nombre: **Ej. Programa de Servicio Social de Espacio Emprendedor UCEMICH**

Objetivo: **Ej. Mejorar la eficiencia y eficacia del programa y las actividades de Espacio Emprendedor UCEMICH mediante la incorporación de pasantes de servicio social**

Actividades que desarrollará el pasante: **Recepción y apertura de expediente de proyectos de emprendedores y empresas.**

Periodo de la prestación. Inicio: **20 02 23** Término: **20 08 23** Horario: **10:00 - 14:00 hrs**  
Día Mes Año Día Mes Año

Horas de duración del programa: **480 hrs** Dependencia u organismo: **UCEMICH**

Unidad administrativa responsable: **Universidad de La Ciénega del Estado de Michoacán de Ocampo (UCEMICH)**

Departamento o área: **Espacio Emprendedor UCEMICH**

Domicilio en que prestará el servicio: **Av. Universidad 3000 Lomas de la Universidad Sahuayo**  
Calle y número Colonia Población

Funcionario responsable del programa y puesto: **Luis Alberto Bretado Aragón**

Ayuda económica Si ( ) No ( **X** ) Otorgada por: \_\_\_\_\_

Monto de la ayuda económica: \_\_\_\_\_

**DEJAR EN BLANCO**

Dirección de Servicio Social

**PRESTADOR**

Nombre y firma del prestador.

**Luis Alberto Bretado Aragón**

Responsable del Programa  
(Nombre, Firma y Sello)

, Michoacán de del 2023

Vinculación Interna

Dependencia u organismo: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_ Firma y Sello \_\_\_\_\_

depende del caso se llena  
sino se deja en blanco

# CARTAS DE ACEPTACIÓN

Sahuayo, Mich., \_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_.

**Asunto:** CARTA DE ACEPTACIÓN

**LIC. LUZ SELENE ARCHUNDIA SÁNCHEZ.**  
SUBDIRECTORA DE SERVICIO SOCIAL Y PASANTES

Por este conducto se hace constar que la C. \_\_\_\_\_, alumno de la Universidad de La Ciénega del Estado de Michoacán de Ocampo, de la trayectoria de \_\_\_\_\_, con número de matrícula \_\_\_\_\_, realizará su Servicio Social en nuestra institución \_\_\_\_\_, en un periodo comprendido del \_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_ al \_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_ y cubriendo un total de 480 horas.

Se extiende la presente para los fines legales que convengan al interesado.

ATENTAMENTE



NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PROGRAMA  
Cargo que tiene

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

(nota) la hoja debe de ir membretada, firmada y sellada de donde estás dando tu servicio, estos datos que te envió solo son para que te des una idea de que requisitos debe cubrir tu carta )

Sahuayo, Mich., \_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_.

**Asunto:** CARTA DE ACEPTACIÓN

**SERGIO MIGUEL CEDILLO FERNÁNDEZ**  
RECTOR UNIVERSIDAD DE LA CIÉNEGA

Por este conducto se hace constar que la C. \_\_\_\_\_, alumno de la Universidad de La Ciénega del Estado de Michoacán de Ocampo, de la trayectoria de \_\_\_\_\_, con número de matrícula \_\_\_\_\_, realizará su Servicio Social en nuestra institución \_\_\_\_\_, en un periodo comprendido del \_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_ al \_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_ y cubriendo un total de 480 horas.

Se extiende la presente para los fines legales que convengan al interesado.

ATENTAMENTE



NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PROGRAMA  
Cargo que tiene

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

(nota) la hoja debe de ir membretada, firmada y sellada de donde estás dando tu servicio, estos datos que te envió solo son para que te des una idea de que requisitos debe cubrir tu carta )

**DATOS DEL PRESTADOR**

**DATOS DEL PRESTADOR**

# CARTAS DE TERMINACIÓN

Sahuayo, Mich., \_\_ de \_\_\_\_ del 201\_\_.

**Asunto:** CARTA DE TERMINACIÓN

**LIC. LUZ SELENE ARCHUNDIA SÁNCHEZ.**  
SUBDIRECTORA DE SERVICIO SOCIAL Y PASANTES

## DATOS DEL PRESTADOR

Por este conducto se hace constar que la C. \_\_\_\_\_, alumno de la Universidad de La Ciénega del Estado de Michoacán de Ocampo, de la trayectoria de \_\_\_\_\_, con número de matrícula \_\_\_\_\_, realizó satisfactoriamente el Servicio Social en nuestra institución \_\_\_\_\_, cubriendo un total de 480 horas, en el periodo del \_\_ de \_\_\_\_ del \_\_ al \_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_.

Se extiende la presente para los fines legales que convengan al interesado.

ATENTAMENTE,



**FIRMA DEL RESPONSABLE**  
NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PROGRAMA  
Cargo

(nota) la hoja debe de ir membretada, firmada y sellada de donde estás dando tu servicio, estos datos que te envió solo son para que te des una idea de que requisitos debe cubrir tu carta )

Sahuayo, Mich., \_\_ de \_\_\_\_ del 20\_\_.

**Asunto:** CARTA DE TERMINACIÓN

**SERGIO MIGUEL CEDILLO FERNÁNDEZ**  
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE LA CIÉNEGA  
DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO

## DATOS DEL PRESTADOR

Por este conducto se hace constar que la C. \_\_\_\_\_, alumno de la Universidad de La Ciénega del Estado de Michoacán de Ocampo, de la trayectoria de \_\_\_\_\_, con número de matrícula \_\_\_\_\_, realizó satisfactoriamente el Servicio Social en nuestra institución \_\_\_\_\_, cubriendo un total de 480 horas, en el periodo del \_\_ de \_\_\_\_ del \_\_ al \_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_.

Se extiende la presente para los fines legales que convengan al interesado.

ATENTAMENTE,



**FIRMA DEL RESPONSABLE**  
NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PROGRAMA  
Cargo

(nota) la hoja debe de ir membretada, firmada y sellada de donde estás dando tu servicio, estos datos que te envió solo son para que te des una idea de que requisitos debe cubrir tu carta )





(nota) la hoja debe de ir membretada, firmada y sellada de donde estás dando tu servicio, estos datos que te envié solo son para que te des una idea de que requisitos debe cubrir tu carta )



## Departamento de Registro y Acreditación Informe Bimestral

Nombre: **datos del prestador**

Carrera:

Programa: **nombre del programa de tu servicio social**

Subprograma: **esta información se encuentra en el apartado de servicio social**

Bimestre: 

1°	2°	3°	4°	5°	6°
----	----	----	----	----	----

 Del 

--	--	--

 al 

--	--	--

	Día	Mes	Año				Día	Mes	Año
--	-----	-----	-----	--	--	--	-----	-----	-----

Dependencia receptora:

Localidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

**1er bimestre**

**20 de febrero  
20 de abril**

**2do bimestre**

**20 de abril  
20 de junio**

**3er bimestre**

**20 de junio  
20 de agosto**

Actividades (resumen)	Horas laboradas
<h2 data-bbox="283 390 1349 572">LAS ACTIVIDADES QUE REALIZASTE POR BIMESTRE</h2>	<h2 data-bbox="2015 390 2332 572">HORAS QUE HICISTE POR ACTIVIDAD</h2>
Total de horas	<h3 data-bbox="2015 821 2332 904">LAS SUMAS Y PONES EL TOTAL</h3>



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

Avance del programa en %:

Horas acumuladas:

, Mich., a de del 202

**FIRMA DEL PRESTADOR**

Prestador  
(Nombre y Firma)

**RESPONSABLE DEL PROGRAMA**

Vo.Bo.  
Encargado del programa  
(Nombre, Puesto, Firma, Sello)

**DEJAR EN BLANCO**

Autorizó  
Dirección de Servicio Social y Pasantes



**Subdirección  
de Servicio Social  
y Pasantes**  
INSTITUTO DE LA JUVENTUD MICHOACANA  
GOBIERNO DE MICHOACÁN



**Instituto  
de la Juventud  
Michoacán**  
GOBIERNO DE MICHOACÁN

## Departamento de Registro y Acreditación Informe Global

Nombre: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Subprograma: \_\_\_\_\_

Periodo de la prestación



Inicio:

--	--	--

Día Mes Año

Término:

--	--	--

Día Mes Año



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

Localidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

**MISMOS DATOS QUE EN LOS BIMESTRALES**

Actividades	Horas laboradas
<b>TODAS LAS ACTIVIDADES DE LOS 3 BIMESTRES</b>	<b>HORAS DE CADA ACTIVIDAD</b>
<b>Total de horas</b>	<b>480</b>

**Asesorado por:** \_\_\_\_\_

Anexar Constancia de terminación del servicio social, expedida por la dependencia receptora del servicio social (firmada y sellada por el responsable del programa.) Así como la ficha de registro.

, Mich., a de del 202 .

**PRESTADOR**

Prestador  
(Nombre y Firma)

**RESPONSABLE**

Vo.Bo.  
Encargado del programa  
Firma y sello

**DEJAR EN BLANCO**

Autorizó  
Dirección de Servicio Social y  
Pasantes

**ESTE DOCUMENTO LO DEBES  
LLENAR CON EL RESPONSABLE  
DE TU SERVICIO SOCIAL**



**Subdirección  
de Servicio Social  
y Pasantes**  
INSTITUTO DE LA JUVENTUD MICHOACANA  
GOBIERNO DE MICHOACÁN



**Instituto  
de la Juventud  
Michoacán**  
GOBIERNO DE MICHOACÁN

## **Evaluación de la Unidad Receptora**

Nombre de la unidad receptora: \_\_\_\_\_  
Nombre del prestador: \_\_\_\_\_

Institución educativa: \_\_\_\_\_  
Carrera: \_\_\_\_\_  
Puesto equivalente asignado: \_\_\_\_\_  
Programa de servicio social: \_\_\_\_\_  
Periodo de la prestación: \_\_\_\_\_

## I. Del prestador

### 1. Competencia y calidad en el Servicio Prestado

- Aplicación de los conocimientos ( )
- Habilidades de Expresión, oral y escrito ( )
- Contribución a la Solución de Problemas ( )

### 2. Actitud en el desempeño de su servicio

- Iniciativa ( )
- Responsabilidad ( )
- Respeto ( )
- Colaboración ( )

(E) Excelente, (B) Buena, (R) Regular, (D) Deficiente.

## II. Del programa

° Situación o problema específico atendido: \_\_\_\_\_

° Ahorro económicos generado por la prestación del servicio social: \_\_\_\_\_

° Número de beneficiarios de la prestación del servicio social: \_\_\_\_\_

° Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsable del Programa  
(Nombre, Firma y Sello)

Recuerda conservar copia de tu documento.

, Mich., a de del 202

**ESTE DOCUMENTO LO  
DEBES LLENAR CON EL  
RESPONSABLE DE TU  
SERVICIO SOCIAL**

¿Qué pasa si  
donde quiero  
hacer mi  
servicio social  
no tiene  
programa?



DOCUMENTOS DISPONIBLES EN LA  
PÁGINA WEB APARTADO  
ESTUDIANTES > SERVICIO SOCIAL

1

DESCARGAR LA GUÍA Y  
SOLICITUD DE REGISTRO DE  
UNIDAD RECEPTORA



2

TRAER LOS DOCUMENTOS EN ORDEN Y CON  
LOS REQUISITOS PEDIDOS, EN EL PLAZO DEL  
01 DE FEBRERO AL 20 DE FEBRERO.

3

ESTOS DOCUMENTOS LOS DEBE LLENAR LA  
PERSONA RESPONSABLE DEL PROGRAMA



I. DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA

- **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** SE DEBE COLOCAR NOMBRE COMPLETO DE LA INSTITUCIÓN.
- **NATURALEZA JURÍDICA** (DEPENDENCIA FEDERAL, ESTATAL, MUNICIPAL; ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DEL GOBIERNO FEDERAL, ESTATAL O MUNICIPAL, ASOCIACIÓN CIVIL O INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA, DEBIENDO PRESENTAR EL ACTA CONSTITUTIVA Y ACREDITAR LA PERSONALIDAD JURÍDICA, EN EL CASO DE TRATARSE DE LAS DOS ÚLTIMAS), ADEMÁS UN OFICIO DE VIGENCIA EXPEDIDO POR LA JUNTA DE ASISTENCIA PRIVADA DEL ESTADO DE MICHOACÁN), INDEPENDIEMENTE DE QUE SE DEDUZCA DE LA RAZÓN SOCIAL CONSIGNADA EN EL MEMBRETE DE LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE.
- **TITULAR**
- **COORDINADOR Y RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL**
- **DOMICILIO** (CALLE, NÚMERO, COLONIA, CIUDAD. MUNICIPIO, C.P.)
- **TELÉFONO (S) FAX**
- **CORREO ELECTRÓNICO**

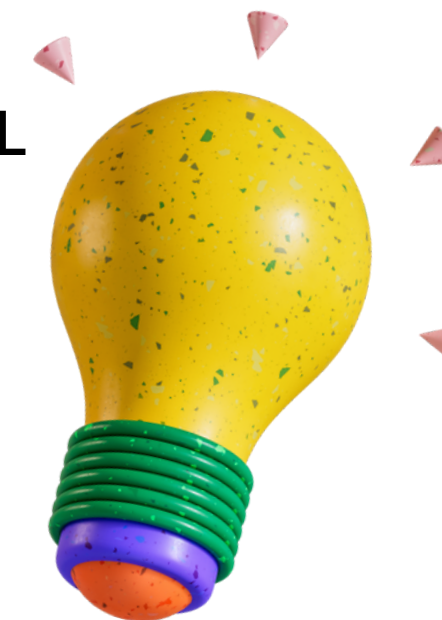
**NOTA: EL PROGRAMA SE REALIZA EN HOJAS MEMBRETADA DEBEN CONTAR CON FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZARÁ EL SERVICIO SOCIAL, ES IMPORTANTE NO MANEJAR INFORMACIÓN DEL PASANTE YA QUE ESTE PROGRAMA ES PARA DAR DE ALTA SOLO LA INSTITUCIÓN PARA QUE PUEDA RECIBIR PASANTES)**

II. DEL PROGRAMA

- **NOMBRE DEL PROGRAMA:** DEBERÁ SER CLARO Y PRECISO.
- **JUSTIFICACIÓN:** EXPLICAR LA NECESIDAD DEL PROGRAMA Y EL IMPACTO SOCIAL QUE SE OBTENDRÁ.
- **OBJETIVOS:** EXPRESAR DE MANERA CLARA LOS PROPÓSITOS QUE SE PRETENDAN LOGRAR.
- **CARRERA (S) O PERFILES ACADÉMICOS REQUERIDOS:** DEBE SER ESPECÍFICOS Y CLAROS CON LAS CARRERAS REQUERIDAS.
- **ACTIVIDADES:** SE ESTABLECERÁN DE ACUERDO AL PROGRAMA Y COLOCAR LAS ACTIVIDADES POR CARRERAS MENCIONADAS.
- **METAS:** EXPRESIÓN CUANTIFICABLE DE LOS RESULTADOS QUE SE ESPERAN OBTENER.
- **BENEFICIOS QUE OBTENDRÁ EL PASANTE**
  1. **ACADÉMICOS:** ASESORÍA, TALLERES, CURSOS, ETC.
  2. **ECONÓMICOS:** BECAS, VIÁTICOS, ETC.
  3. **OTROS**
- **UNIVERSO DE TRABAJO:** LUGAR DONDE SE REALIZARÁN LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO, ÁREA DE INFLUENCIA DEL PROGRAMA.
- **RECURSOS:**
  1. **HUMANOS:** SE REFIERE AL NÚMERO DE PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL REQUERIDOS ESPECIFICANDO POR CARRERAS SOLICITADAS, ASÍ COMO ESPECIFICAR EL HORARIO QUE VAN A CUBRIR LOS PASANTES YA QUE DEBE SER DE 4 HORAS DIARIAS DE LUNES A VIERNES EN UN PERIODO NO MENOR A 6 MESES. EL SERVICIO SOCIAL NO SE PUEDE TERMINAR ANTES DEL TIEMPO MENCIONADO AUN CUANDO SE PRETENDA REALIZAR MÁS DE LAS HORAS ESTABLECIDAS, NO SE ACEPTAN PROGRAMAS INDIVIDUALES TOMANDO COMO PROGRAMA ELABORADO MÁS DE DOS PASANTES
  2. **MATERIALES:** SE REFIERE AL COMPROMISO DE PROPORCIONAR EL MATERIAL Y EQUIPO DE OFICINA Y/O DIDÁCTICO NECESARIO PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA.
- **PROPUESTAS DE EVALUACIÓN:** DEBERÁ REALIZARSE DE MANERA PERMANENTE EN COORDINACIÓN CON LA DIRECCIÓN DE SERVICIO SOCIAL Y PASANTES. (EN ESTE APARTADO SE DEJA IGUAL NO SE MODIFICA)
- **NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE O COORDINADOR, CARGO QUE DESEMPEÑA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN:** EN CASO DE NO CONTAR CON ELLOS NO SE DARÁ VALIDEZ A LOS DOCUMENTOS Y NO SERÁN ACEPTADOS.

EL PROGRAMA DEBERÁ PRESENTARSE CON SOLICITUD DE REGISTRO, DIRIGIDO A LA **LIC. LUZ SELENE ARCHUNDIA SÁNCHEZ**, SUBDIRECTORA DE SERVICIO SOCIAL Y PASANTES DEL GOBIERNO DE MICHOACÁN DE OCAMPO, FORMATO LIBRE (NO DEBE LLEVAR INFORMACIÓN DEL PASANTE), EN PAPEL MEMBRETADO, SELLADO Y FIRMADO POR EL TITULAR.

ESTE DOCUMENTO LO DEBE LLENAR EL RESPONSABLE DEL PROGRAMA



Información de la Institución

1

Información del programa que se quiere dar de alta

2

ATENCIÓN

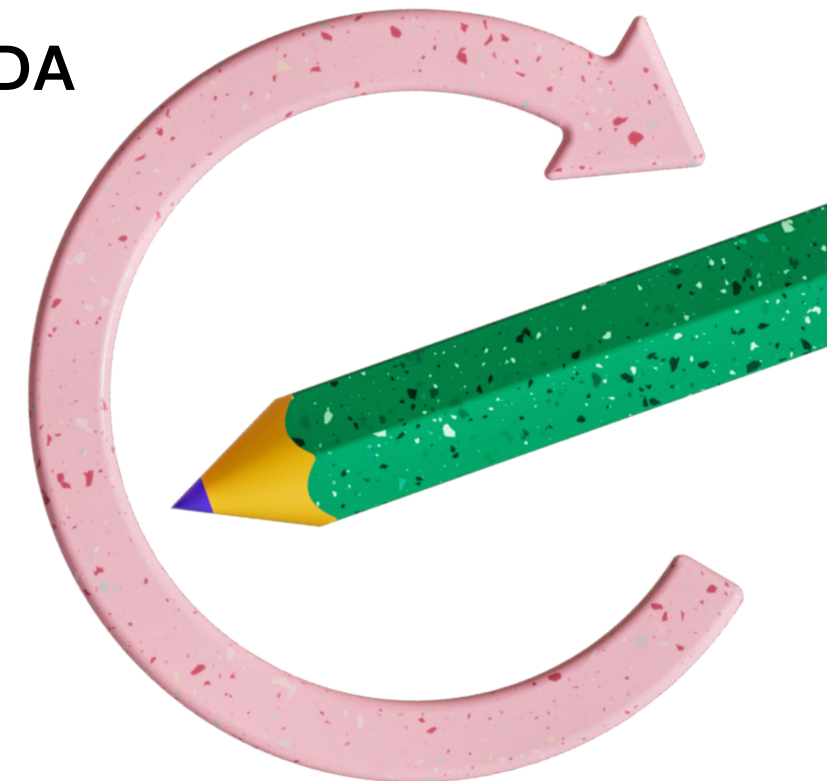
en el apartado

**PROPUESTAS DE EVALUACIÓN**

**NO SE MODIFICA**

(NOTA: Esta hoja debe ir con los datos de la que será la unidad receptora y debe ir membretada, firmada y sellada por la Unidad Receptora)

DEBE PRESENTARSE EN HOJA MEMBRETADA



\_\_\_\_\_, Mich., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
Asunto: Solicitud de Registro como Unidad Receptora

LIC. LUZ SELENE ARCHUNDIA SÁNCHEZ.  
SUBDIRECTORA DE SERVICIO SOCIAL Y PASANTES

### PRESENTE

Por este conducto y de la manera más atenta me dirijo a usted para solicitarle tenga a bien considerar al Dependencia \_\_\_\_ Michoacán, como Unidad Receptora de pasantes de Servicio Social, con el programa denominado \_\_\_\_ nombre del programa \_\_\_\_, el cual se anexa al presente.

Para efectos de la presente solicitud, se anexa el Programa General de Pasantes de Servicio Social del Dependencia \_\_\_\_ elaborado conforme a la Guía General para la Instrumentación de Programas de Servicio Social, expedida por la institución a su digno cargo. Dando cumplimiento a lo solicitado en dicho documento, se enlistan los siguientes datos:

- Nombre de la Institución:
- Naturaleza Jurídica:
- Titular:
- Coordinador Responsable del Programa de Servicio Social:
- Cargo:
- Domicilio:
- Teléfono:
- Fax:
- Correo electrónico del coordinador:

Sin más por el momento me despido, manifestándole la seguridad de mis más atentas consideraciones.

Atentamente,

Nombre y firma del titular  
Dependencia  
Sello

FIRMA Y SELLO DE TITULAR

C.c.p Archivo