



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN
COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL
SOLICITUD DE ALTA AL SERVICIO SOCIAL



CLAVE DEL PROGRAMA
400010153
FOLIO
1055798

I. DATOS DEL ALUMNO			
1.1 NOMBRE: _____			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRES (S)
1.2. FAC.: _____	EDUC.: LIC. PSICOLÓGICA PSICOTÉCNICA		ÁREA: LNT15
1.3. EXP.: 288153	SEMESTRE: 9	ALUMNO: INSCRITO	TURNO: Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input checked="" type="checkbox"/> ACREDITADO 70% M(86.08%) C(82.52%) SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
1.4 NO. DE AFILIACIÓN DE SALUD: 1015997400-4			
1.5. DOMICILIO: CALLE: _____ COL: _____			
1.6. CIUDAD: _____ ESTADO: _____			
TEL. PART.: _____ TEL. CEL. _____ E-MAIL: _____			
1.7 NOMBRE DEL LUGAR DONDE TRABAJA _____			
DOMICILIO: _____			
1.8. PUESTO QUE OCUPA: _____			
1.9. TELÉFONO: _____ HORARIO: _____ ANTIGÜEDAD: _____			
II. DATOS DE LA PRESTACIÓN			
2.1 INSTITUCIÓN: INSTITUTO DE LA JUVENTUD TEQUISQUIAPAN DEPENDENCIA: INSTITUTO DE LA JUVENTUD TEQUISQUIAPAN			
2.2. LUGAR EN DONDE PRESTAS TU S.S. INSTITUTO DE LA JUVENTUD TEQUISQUIAPAN			
2.3. DOMICILIO DEL S.S.: ANDADOR MORELOS #12 COLONIA CENTRO, TEQUISQUIAPAN TELÉFONO: 4272885567			
2.4 PROGRAMA: JÓVENES EN SERVICIO			
2.5. RESPONSABLE DEL PROGRAMA: MARIA GUADALUPE GRANADOS QUINTANAR			
2.6. CARGO: SECRETARIA GENERAL DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE LA JUVENTUD			
2.7. TIEMPO DE PRESTACIÓN 6 MESES		HORARIO: 8:00 AM- 12:00PM	
PERÍODO:		DÍAS: LUNES A VIERNES	
DE _____		A: _____	
DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	
2.8. MUNICIPIO EN QUE SE REALIZA EL SERVICIO: TEQUISQUIAPAN			
III. OBSERVACIONES:			

Nivel de revisión 11			
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO			
MARIA GUADALUPE GRANADOS QUINTANAR NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA SELLO DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA			



INFORME BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL

Reporte No. _____

Nombre del prestador: _____

Especialidad: _____

Semestre y Grupo: _____ Turno: _____

Periodo del _____ al _____

Programa: _____

Institución: _____

Dirección de la Institución: _____

Asesor del Servicio Social: _____

Cargo del Asesor: _____

Descripción de actividades realizadas:

(En caso de requerir mayor espacio, anexa las hojas necesarias)

Nombre y Firma del alumno

Nombre y Firma Asesor del Servicio Social

Fecha de entrega: _____

SELLO DE LA
INSTITUCION

Original para plantel
Copia para Institución
Copia para prestador

*mcof





DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN
SERVICIO SOCIAL
FORMATO PARA REGISTRO DE PROGRAMA

SECTOR PÚBLICA		NOMBRE DEL PROGRAMA		LUGAR ESPECÍFICO DE PRESTACIÓN DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN	
DEPENDENCIA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE SAN JUAN DEL RÍO		APOYO A LA DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN			
EL PROGRAMA APOYARÁ A:		ACTIVIDADES		CUANTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES	
AGRICULTURA	<input type="checkbox"/>	TURISMO	<input type="checkbox"/>	480 HORAS	
INDUSTRIA	<input type="checkbox"/>	SALUD	<input type="checkbox"/>		
COMERCIO	<input type="checkbox"/>	VIVIENDA	<input type="checkbox"/>		
EDUCACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>				
OTRO:					
LUGAR DONDE SE REALIZA EL PROGRAMA:				PERFIL PROFESIONAL	
CAMPO	<input type="checkbox"/>	OFICINA PÚBLICA	<input type="checkbox"/>	TÉCNICO SUPERIOR UNIVERSITARIO	
INDUSTRIA	<input type="checkbox"/>	LABORATORIO	<input type="checkbox"/>		
ESCUELA	<input checked="" type="checkbox"/>				
OTRO:					
OBJETIVO				NÚMERO DE PRESTADORES	
APOYO EN DIVERSAS ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN				1 ALUMNO	
HORARIO VARIABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	FIRMA	ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL	
				Vo. Bo.	Registro
RESPONSABLE DEL PROGRAMA					
NOMBRE:					
CARGO: JEFE DE EDUCACIÓN CONTINUA Y EXTENSIÓN					
DOMICILIO					
TELÉFONO:					
			M.en C. Pedro Jaimes Carbajal CLAVE		



PRESIDENCIA MUNICIPAL
H. AYUNTAMIENTO
2021-2024



**TODOS POR
TEQUISQUIAPAN**

PRESIDENCIA MUNICIPAL
INSTITUTO MUNICIPAL DE LA JUVENTUD
Tequisquiapan Gro. ___ de ___ de 202__
ASUNTO: CARTA DE ACEPTACIÓN

PRESENTE

Por medio de la presente me permito enviarle un cordial saludo, así mismo hacer de su conocimiento que la alumna _____, estudiante de la especialidad de _____ del escuela _____, con número de control _____. Ha sido **ACEPTADO (A)** para llevar a cabo la liberación de Servicio Social en el **Instituto Municipal de la Juventud**, iniciando el día _____ y concluyendo el día _____ de la presente anualidad.

Sin más por el momento quedo de usted agradeciendo la atención prestada.

ATENTAMENTE

"TODOS POR TEQUISQUIAPAN"

C.

**DIRECTOR DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE LA
JUVENTUD**

☎ 414 273 2327

📍 Palmas #5 Col.
Los Sabinos,
Tequisquiapan,
Querétaro.

🌐 municipiodetequisquiapan.gob.mx