**Se debe imprimir en hoja membretada de la Dependencia donde realizan el Servicio Social**

No de oficio\_\_\_\_\_

Ciudad Valles, S.L.P, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_

|  |
| --- |
| **M.A.P. HÉCTOR AGUILAR PONCE** |
| **DIRECTOR DEL TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO**  **INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CIUDAD VALLES** |
| **P R E S E N T E** |

|  |
| --- |
| Atención a:  DRA. BELEM MEZA ARTEAGA |
| Jefa del Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación |

Por este medio me permito informarle que el (la) C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ realizó su Servicio Social en esta dependencia, en el programa denominado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, desempeñando actividades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_durante el periodo comprendido del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ acumulando un total de 500 horas.

En Ciudad Valles, San Luis Potosí, a los \_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_ se extiende la presente Carta de Terminación de Servicio Social, para los fines que el (la) interesado (a) convenga.

|  |
| --- |
| ATENTAMENTE  Nombre, cargo y firma del responsable programa |

Sello de la dependencia u organismo