|  |
| --- |
| ***Datos del (la) prestador(a)***  |
| Nombre completo: Paloma Jazmin Ortiz Martinez | Firma: |
| Perfil profesional:Estudiante de Psicología | No. de cta.1923317 | Semestre y % créditos:  |
| Correo electrónico: | Teléfono:  |

|  |
| --- |
| ***Datos de la dependencia receptora*** (Institución, organismo, empresa): |
| Nombre:  |
| Dirección: |
| Nombre y cargo a quien va dirigida la carta de presentación y aceptación: |
| Sector: ( ) Social ( ) Público ( ) Privado  |

|  |
| --- |
| ***Datos del área, proyecto, programa, donde se prestará el servicio*** |
| **Nombre:**  | Fecha de inicio: |
| Fecha estimada de término: |
| Nombre y cargo del jefe inmediato del (la) prestador (a): |
| Correo electrónico: | Teléfono: |
| **Apoyos para el prestador** | Económicos: No ( ) Si ( )\* \*Monto total\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otros (describir): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Justificación*: (Indica el ¿Por qué? son importantes las actividades a desarrollar)*** |
| **Objetivo(s):** |

|  |
| --- |
| ***Tutor/a académico/a del (la) prestador(a)*** (No aplica para egresados, ni modalidad a distancia) |
| Grado académico y nombre completo: | Correo electrónico: |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nombre completo*** | **Firma y sello** |
| **Responsable de servicio social en el Espacio Académico** DRA. EN PSIC. DIANA RENEDO GONZÁLEZ |  |

|  |
| --- |
| ***Documento requerido para el expediente del prestador*** |
| Vigencia de derechos del IMSS o cualquier otra seguridad social oficial.  |