**Código:** FO-TSS-01-04

**Vigente a partir de:** 17-03-2023

**Edición:** 03

# Lugar y fecha de expedición

# No. de oficio (Es la referencia consecutiva utilizada

# por la empresa, Institución o área para el servicio social interno)

**TIULAR DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL**

**P R E S E N T E**

Por medio de la presente, se hace constar que el (la) alumno (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Concluyó satisfactoriamente su servicio social en el programa denominado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dentro del periodo comprendido del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con una duración total de 480 horas.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y CARGO DEL COORDINADOR O JEFE DEL AREA**

(debe coincidir con la persona que firma la solicitud registro autorización)