**CARTA DE TERMINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL**

LIC. JUAN JOSÉ MOLINA OLVERA

DIRECTOR DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO

SUPERIOR DE TAMAZUNCHALE, S.L.P.

Por este medio me permito informarle que el (la) C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de control: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la carrera de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, realizó su Servicio Social en esta dependencia, en el programa denominado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_desempeñando actividades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, durante el periodo comprendido del 01 de febrero al 01 de agosto de 2024, en su carácter de prestador(a) de Servicio Social, acumulando un total de 500 horas.

En la Ciudad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año 2024, se extiende la presente Carta de terminación de Servicio Social, para los fines que al (la) interesado (a) convenga.

A t e n t a m e n t e:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Sello de la Dependencia/Organismo quitar este recuadro antes de imprimir**  |
|  |  |
|  |  |
| **Nombre, cargo y firma del (la)****Responsable del programa** |  |
|  |  |

c.c.p. Expediente al Departamento de Residencias Profesionales y Servicio Social