|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I)DATOS DE LA EMPRESA, ORGANISMO O DEPENDENCIA | | | | | | | | | |
| Razón Social: | | | | | | | | | |
| Nombre del responsable de liberar el Servicio Social: | | | | | | | | | |
| Cargo: | | | | | | | | | |
| Nombre del programa de Servicio Social: | | | | | | | | | |
| Fecha de inicio: 21 de noviembre de 2023 | | | Fecha de término: 22 de mayo de 2024 | | | | | | |
|  | | |  |  | | |  | |  |
| Fechas límite para entrega de reportes bimestrales: | | | | | | | | | |
| 1o.: 26/01/2024 | | 2o.: 26/03/2024 | | | | | 3o.: 27/05/2024 | |  |
| II)SECTOR ECONÓMICO DE LA EMPRESA: | | | | | | | | | |
| SECTOR PRIMARIO: | Agricultura, ganadería, silvicultura o la explotación forestal, acuicultura, caza, pesca y piscicultura, apicultura y minería o la explotación de minerales | | | | | Especifique: | | | |
| SECTOR SECUNDARIO: | Artesanía, construcción, obtención de la energía, industria | | | | | Especifique: | | | |
| SECTOR TERCIARIO: | Transporte, comunicación, comercio, turismo, sanidad, educación, finanzas, entretenimiento | | | | | Especifique: | | | |
| III)TAMAÑO DE LA EMPRESA (De acuerdo al número de personal contratado) | | | | | | | | | |
| (Marque con "X") | | | | | | | | | |
| Microempresa (1-30) | Pequeña (31-100) | | | | Mediana (101-500) | | | Grande (Más de 501) | |

Mediante este documento el estudiante se compromete a desarrollar el proceso de Servicio Social que le ha sido autorizado en pleno entendimiento de que, conforme a los estatutos que rigen en materia, cualquier desacato, incumplimiento, abandono o reprobación de la misma será causal de NO ACREDITACIÓN; asimismo acepta acatar la normatividad que le sea estipulada por la Empresa, Organismo o Dependencia y a mantener la confidencialidad de la información a la que se le brinde acceso durante el desarrollo de los trabajos encomendados.

**Nombre y Firma del responsable del Programa**

CARGO RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA, ORGANISMO O DEPENDENCIA

Sello de la Empresa, Organismo o Dependencia

**Nombre y firma del alumno**

Alumno de (PROGRAMA EDUCATIVO)

**LIC. CARMEN ROJO MONROY**

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL

Sello del ITSOEH

**Nombre y Firma del Asesor Externo**

CARGO