**FACULTAD DE MEDICINA**

**SECRETARÍA GENERAL**

**UNIDAD DE DESARROLLO**

**CURRICULAR Y ACADÉMICO**

**FMED/SG/UDCA/OBS/000/25**

**Asunto: Carta de Aceptación para la**

**prestación del Servicio Social**

**(LIC. MTRO. DR.) NOMBRE,**

**CARGO Y**

**FACULTAD A QUIEN SE DIRIGE LA CARTA DE ACEPTACIÓN**

**PRESENTE**

Por este medio, se hace constar la incorporación al servicio social del/de la estudiante **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, con número de cuenta: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, de la licenciatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que se imparte en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el programa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ubicado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con clave: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.

La fecha de inicio es el ## de mes de año y de término el ## de mes de año, colaborando con ## horas a la semana, en un horario de 00:00h a 00:00h, de lunes a viernes, con un mínimo de 480h.

(\*Los días inhábiles y las vacaciones no se toman en cuenta, por lo que no deben considerarse al contabilizar las horas de servicio. Eliminar este texto en su documento final)

Las tareas a desempeñar son:

1. Mínimo 5 actividades
2.
3.
4.
5.

Agradeciendo la atención a la presente, le envío un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

**“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”**

**Ciudad Universitaria, Cd. Mx., a día de mes de 2025**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Nombre, cargo y firma de la persona que autoriza**

**Responsable del Programa**

**de Servicio Social**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Vo.Bo. Lic. Esteban Mena Méndez**

**Responsable de Servicio Social de otras Entidades Académicas**