**FACULTAD DE MEDICINA**

**SECRETARÍA GENERAL**

**UNIDAD DE DESARROLLO**

**CURRICULAR Y ACADÉMICO**

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

**Asunto: Carta de Término de la**

**prestación del Servicio Social**

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

**CARGO Y**

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

**PRESENTE**

Por este medio, se hace constar que el/la estudiante **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, con número de cuenta: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, de la licenciatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que se imparte en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha concluido satisfactoriamente la prestación del Servicio Social realizado en esta Entidad Académica, colaborando con ## horas a la semana, acumulando un mínimo de 480 horas efectivas de servicio del ## de mes de año al ## de mes de año, en el programa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aprobado por la DGOAE con clave: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.

(\*Las fechas de inicio y término del servicio social, deben coincidir con las de su carta de aceptación. Eliminar este texto en su documento final)

Las actividades realizadas en este Servicio Social fueron las siguientes:

1.
2.
3.
4.
5.

Estas actividades se realizaron en el departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con el/la Lic./Mtro(a)./Dr(a).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (agregar esta leyenda en caso de que el supervisor directo no fuera el responsable del programa)

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**