**“HOJA MEMBRETADA OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN O DEL ÁREA QUE EMITE EL DOCUMENTO”**

\_\_\_\_\_\_\_, Estado de México, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025

No. de Oficio:(1) **Asunto**: Carta de Aceptación

**LIC. KARINA ORNELAS PÉREZ**

**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL**

**Y RESIDENCIA PROFESIONALES**

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

Por este medio me permito informarle que el (la) C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la carrera de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fue aceptado (a) para realizar su Servicio Social en esta (Empresa o Dependencia), en el programa denominado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, desempeñando las siguientes actividades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, durante el periodo comprendido del \_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, debiendo cubrir un total de **480 horas**.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

Sello de la

Dependencia u organismo

**(10)**

**Nombre, cargo y firma del responsable programa**

C.c.p. Expediente

**Nota:** Este formato podrá ser sustituido por el que la organización, donde se haya realizado el Servicio Social establezca, siempre y cuando se proporcione como mínimo la información requerida por el presente.