**CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE GUAMÚCHIL, A.C.**

CLAVE: 25PSU0014Y

**Informe Final de Servicio Social**

**Presentación.**

Mi nombre es **(nombre completo del prestador de servicio social)**, con matricula (# de inscripción escolar), de la **Licenciatura en (carrera a la que pertenezca el prestador de servicio social)**, generación (generación a la que pertenece el prestador del servicio social), del **Centro de Estudios Superiores de Guamúchil, A.C.**, llevé a cabo mi servicio social profesional en el **(dependencia donde se prestó el servicio social), de (ciudad y estado donde se prestó el servicio social)**, bajo supervisión de **(nombre del responsable de la dependencia donde se prestó el servicio social)**.

**Periodo de realización.**

Mi servicio social profesional lo inicié el (fecha de inicio) y lo finalicé el (fecha de término), asistiendo de lunes a viernes, 4 horas diarias, hasta totalizar 480 horas.

**Introducción.**

Por medio del presente documento doy a conocer mis actividades realizadas dentro de mi servicio social profesional en el (dependencia donde se prestó el servicio social), de (ciudad y estado donde se prestó el servicio social).

**Justificación.**

Con la realización de mi Servicio Social Profesional cubro con un requisito obligatorio para llegar a obtener mi título profesional.

**Objetivo.**

Con la realización de mi servicio social apoyé sirviendo a la comunidad y así llegar a liberar mi título profesional.

**Actividades realizadas.**

|  |
| --- |
| (Describe ampliamente las actividades correspondientes al periodo) |

**Conclusión.**

En el trabajo que he realizado en mi servicio social llevado a cabo en el **(dependencia donde se prestó el servicio social), de (ciudad y estado donde se prestó el servicio social)**, me sirvió de conocimiento y motivación para seguir adelante, me sirvió de mucha experiencia ya que cada día aprendí algo nuevo.

En el trayecto de mi servicio social puse en práctica todos aquellos conocimientos que adquirí durante estos cuatro años de mi carrera.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Sustituir por el Nombre, firma y cargo del Responsable de la Dependencia Receptora |  | **Lic. Cecilia Aguilar Espinoza**  Coordinadora de Servicio Social |