



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Cuajimalpa

FORMATO DE REGISTRO DE PROGRAMAS O PROYECTOS DE SERVICIO SOCIAL

FECHA DE RECEPCIÓN (1)
(día, mes, año)

FECHA DE APROBACIÓN (2)
(día, mes, año)

CLAVE DE APROBACIÓN (3)
Número de sesión

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES (4)

Calle y número

Colonia y C.P

Delegación o Municipio

Entidad federativa

Correo

Teléfono

SECTOR AL QUE PERTENECE LA INSTITUCIÓN (5)

RESPONSABLE (S) EN LA INSTITUCIÓN RECEPTORA (Sólo para los programas o proyectos externos)

(6)

Área a la que está adscrita la gestión del servicio social (Recursos Humanos, Capacitación, Relaciones laborales, etc.)

Área:

***Nombre del responsable(s):**

Puesto que desempeña:

Teléfono:

Correo:

Datos del responsable del área de servicio social

****Nombre (s):**

**Puesto que
desempeña:**

Teléfono:

Correo:

* Nombre de la persona a quien va dirigida la carta de presentación del prestador de servicio social

**Nombre de la persona a quien el prestador de servicio social debe entregar su documentación de servicio social

DATOS DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del programa o proyecto: (7)

Justificación: (8)

Objetivos: (9)

TIPO DE PROGRAMA O PROYECTO (10)

ALCANCE DEL PROGRAMA O PROYECTO (11)

POBLACIÓN BENEFICIADA CON EL PROGRAMA O PROYECTO (12)

Urbana

Rural

Ambas

EL PROGRAMA O PROYECTO APOYA A LA

(13)

Docencia	Investigación	Extensión y Difusión de la cultura	Comunidad	Administración	Gestión
----------	---------------	--	-----------	----------------	---------

SERVICIO SOCIAL ASOCIADO A UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (Sólo para Programas o Proyectos de la UAM)

Nombre del **proyecto de investigación al que se asocia este servicio social fue:** (14)

**Aprobado por
el Consejo
Divisional:**

CCD

CNI

CSH

**Nombre del
proyecto de
investigación:**

**Número de
Sesión en la
que se
aprobó:**

**Número de
Acuerdo:**

**Fecha de
aprobación:**

**Vigencia del
proyecto de
investigación:**

RESPONSABLE (S) Y CORRESPONSABLE DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL Y DE LOS ALUMNOS

**Nombre del responsable (s) del programa o proyecto de
servicio social y de las actividades del alumno o
egresado**

Corresponsable: Tutor- UAM

(15)

Nombre (s) del responsable (s) :

El alumno que decida prestar su servicio social en este programa o proyecto tendrá como tutor al mismo profesor-investigador que funge como su tutor académico, de movilidad y/o Manutención (en caso de ser beneficiario de éste)

Área de adscripción:

Teléfono:

Correo:

ETAPAS DEL PROGRAMA O PROYECTO

Enunciar de manera general las etapas en las que participarán los prestadores de servicio social (16)

VIGENCIA DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL (17)

RECURSOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA O PROYECTO

Recursos solicitados y aportados por: Fuentes alternas de financiamiento, en su caso (18)

CONVENIO INSTITUCIONAL (19)

NÚMERO DE ALUMNOS REQUERIDOS EN EL PROGRAMA O PROYECTO (20)

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y DISEÑO	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES E INGENIERÍA	DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN	INGENIERÍA BIOLÓGICA	ADMINISTRACIÓN
DISEÑO	INGENIERÍA EN COMPUTACIÓN	DERECHO
TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	MATEMÁTICAS APLICADAS	HUMANIDADES
	BIOLOGÍA MOLECULAR	ESTUDIOS SOCIOTERRITORIALES

DE ACUERDO CON LAS LICENCIATURAS SOLICITADAS, DESCRIBIR EN CADA CASO LAS ACTIVIDADES A REALIZAR

DURACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL
6 meses, 480 horas

ENUNCIAR, AL MENOS, 5 ACTIVIDADES POR LICENCIATURA

(21)

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y DISEÑO

DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES E INGENIERÍA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL DESARROLLO DE

(22)

REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

(23)

Escolares

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD

75 % DE CRÉDITOS

CURRICULUM

HISTORIAL ACADÉMICO

70% DE CRÉDITOS

COMPROBANTE DE CRÉDITOS

Otros

Personales

COMPROBANTE DE DOMICILIO

IFE

FOTOGRAFÍAS

Tamaño

Cantidad

LUGAR ESPECÍFICO DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

(24)

UBICACIÓN DEL PRESTADOR

(25)

OFICINA

GABINETE

LABORATORIO

CAMPO/INVESTIGACIÓN

REMOTO/DISTANCIA

DÍAS

(26)

LUNES A VIERNES
CONSIDERANDO EL
HORARIO DE
CLASES

POSIBILIDAD DE
REALIZARLO FINES DE
SEMANA

HORARIO

MATUTINO
CONSIDERANDO EL
HORARIO DE
CLASES

VESPERTINO.
CONSIDERANDO EL
HORARIO DE CLASES

MIXTO CONSIDERANDO
EL HORARIO DE CLASES

APOYOS Y ESTÍMULOS A PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL

(27)

APOYO EN LA ELABORACIÓN
DEL TRABAJO TERMINAL O TESINA

MATERIALES Y EQUIPO

ASESORÍA (CURSOS Y CAPACITACIÓN)

VIÁTICOS

APOYO ECONÓMICO O EN ESPECIE

CANTIDAD \$ Mensuales

OTRO ESPECIFIQUE

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

(28)

(CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS, NUM. DE BENEFICIARIOS, IMPACTO ACADÉMICO, IMPACTO SOCIAL, OTROS ESPECIFIQUE)

OBSERVACIONES

(29)

USO EXCLUSIVO DEL ÓRGANO COLEGIADO

(30)

CONSEJO
ACADÉMICO

APROBADO

OBSERVACIONES:

CONSEJO
DIVISIONAL

NO APROBADO

Este formato debe ir acompañado del oficio de reconocimiento de firmas (Se anexa propuesta).
En caso de que los espacios sean insuficientes, favor de agregar la información en una hoja anexa.
