



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
Unidad Cuajimalpa

### FORMATO DE REGISTRO DE PROGRAMAS O PROYECTOS DE SERVICIO SOCIAL

FECHA DE RECEPCIÓN	(1)	FECHA DE APROBACIÓN	(2)	CLAVE DE APROBACIÓN	(3)
		(día, mes, año) ____/____/____		Número de sesión	

#### NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES

Secretaría de Seguridad Ciudadana de la Ciudad de México (SSC CDMX)			(4)
Calle y número:	Colonia y C.P:	Delegación o Municipio:	
AV. Arcos de Belén 79	Centro 06000	Cuauhtémoc	
Entidad federativa:	Página web:	Teléfono:	
Ciudad de México	<a href="http://www.ssc.cdmx.gob.mx">www.ssc.cdmx.gob.mx</a>	52425100 Ext: 5683	

#### SECTOR AL QUE PERTENECE LA INSTITUCIÓN

EDUCATIVO <input type="checkbox"/>	PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADO <input type="checkbox"/>	SOCIAL <input type="checkbox"/>	(5)
------------------------------------	---	----------------------------------	---------------------------------	-----

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

<b>Área a la que está adscrita la gestión del servicio social (Recursos Humanos, Capacitación, Relaciones laborales, etc.)</b>	(6)
Área: Jefatura de Unidad Departamental de Capacitación de Personal Administrativo	
*Nombre del responsable(s): Lic. Miguel Ángel Lira Sánchez	
Puesto que desempeña: Subdirector de Control y Capacitación de Personal Administrativo	
Teléfono: 52425100 Ext: 5683	
Correo-e: sspserviciosocial@yahoo.com.mx	
<b>Datos del responsable del área de servicio social</b>	
**Nombre (s): Lic. Miguel Ángel Lira Sánchez	
Puesto que desempeña: Subdirector de Control y Capacitación de Personal Administrativo	
Teléfono: 52425100 Ext: 5683	
Correo-e: sspserviciosocial@yahoo.com.mx	
<small>* Nombre de la persona a quien va dirigida la carta de presentación del prestador de servicio social</small>	
<small>**Nombre de la persona a quien el prestador de servicio social debe entregar su documentación de servicio social</small>	

#### DATOS DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

<b>Nombre del programa o proyecto:</b> Apoyo para fortalecer la salud y producción de los semovientes, que brindan servicio en las actividades policiales, así como la equinoterapia a grupos vulnerables que realiza la SSC CDMX como labor social.	(7)
<b>Justificación:</b> En el marco de respeto a las garantías individuales, la SSC CDMX brinda un servicio que corresponde al Gobierno de la Ciudad de México, a fin de mantener el orden público, proteger la integridad física de las personas y sus bienes; prevenir la comisión de delitos e infracciones a los reglamentos gubernativos y de policía, colaborar en la investigación y persecución de delitos, auxiliar a la población en caso de siniestros y desastres, por lo que con la colaboración de estudiantes de Licenciatura de la División de Ciencias Naturales e Ingeniería, en la suma de sus participaciones y esfuerzos en las diferentes áreas de la Secretaría, se brinda mayor garantía para preservar y proteger el orden público, contribuyendo así en la prevención de comisión de delitos.	(8)
<b>Objetivos:</b> Los objetivos principales de la SSC CDMX, son realizar y ejecutar acciones enfocadas a la prevención de delitos, para la protección de su población, así como la aplicación de las infracciones administrativas, debiendo de forma eficaz, observar en su actuar, los derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales en que el Estado Mexicano sea parte, coadyuvando así, los prestadores, en apoyo recíproco con el personal designado para ello; que la infraestructura tecnológica y de radiocomunicación de la SSC CDMX, se encuentre en óptimas condiciones de uso, a fin de que su operación sea satisfactoria, lo que permita el cumplimiento de las funciones asignadas a la Dependencia.	(9)

#### TIPO DE PROGRAMA O PROYECTO

UNIDISCIPLINARIO <input type="checkbox"/>	MULTIDISCIPLINARIO <input type="checkbox"/>	INTERDISCIPLINARIO <input checked="" type="checkbox"/> (10)
---	---	---

**ALCANCE DEL PROGRAMA O PROYECTO**

NACIONAL <input type="checkbox"/>	REGIONAL <input type="checkbox"/>	ESTATAL <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL <input type="checkbox"/> (11)
-----------------------------------	-----------------------------------	---	-------------------------------------

**POBLACIÓN BENEFICIADA CON EL PROGRAMA O PROYECTO**

URBANA <input checked="" type="checkbox"/>	RURAL <input type="checkbox"/>	AMBAS <input type="checkbox"/> (12)
--	--------------------------------	-------------------------------------

**EL PROGRAMA O PROYECTO APOYA A LA**

DOCENCIA <input type="checkbox"/>	INVESTIGACIÓN <input type="checkbox"/>	EXTENSIÓN Y DIFUSIÓN DE LA CULTURA <input type="checkbox"/>	COMUNIDAD <input type="checkbox"/>	ADMINISTRACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	GESTIÓN <input type="checkbox"/> (13)
-----------------------------------	--	---	------------------------------------	--	---------------------------------------

**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	Asesor- UAM (15)
Nombre (s) del responsable (s): Lic. Miguel Ángel Lira Sánchez (Subdirector). Área de adscripción: Subdirección de Control y Capacitación de Personal Administrativo Teléfono: 52425100 Ext: 5683 Correo-e: sspserviciosocial@yahoo.com.mx	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)

**ETAPAS DEL PROGRAMA O PROYECTO**

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

1. PLANEACIÓN.- Formulación y diseño de planteamientos enfocados al logro de los objetivos.
2. LOGÍSTICA.- Identificar los recursos y disponer de ellos (materiales), basados en la detección de necesidades y de un control eficiente.
3. ORGANIZACIÓN.- Conocer e introducirse en el área de destino.
4. OPERACIÓN.- Ejecución del programa.
5. EVALUACIÓN.- Antes, durante y después del desarrollo del programa, determinar el grado de eficacia y eficiencia.
6. RESULTADOS E INFORMES.- Avances alcanzados y descripción detallada del desarrollo de las actividades.

**VIGENCIA DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL**

UN AÑO <input type="checkbox"/>	DOS AÑOS <input type="checkbox"/>	TRES AÑOS <input type="checkbox"/>	CUATRO AÑOS <input checked="" type="checkbox"/>	PERMANENTE CON NOTIFICACIÓN ANUAL PARA RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> (17)
---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	---	---

**RECURSOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA O PROYECTO**

Recursos solicitados y aportados por:  Mobiliario y equipo suficiente para el desarrollo de las actividades que deba realizar el prestador.	Fuentes alternas de financiamiento, en su caso (18)  Secretaría de Seguridad Ciudadana de la Ciudad de México (SSC CDMX). Gobierno de la Ciudad de México.
---	--

**CONVENIO INSTITUCIONAL**

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	EN PROCESO <input type="checkbox"/>	UAM <input type="checkbox"/>	UNIDAD <input type="checkbox"/> (19)
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

**NÚMERO DE ALUMNOS REQUERIDOS EN EL PROGRAMA O PROYECTO**

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES	DIVISION DE CIENCIAS NATURALES E INGENIERIA	DIVISION DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y DISEÑO (20)
<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN ____	<input checked="" type="checkbox"/> INGENIERÍA BIOLÓGICA 10	<input type="checkbox"/> CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN ____
<input type="checkbox"/> DERECHO ____	<input type="checkbox"/> INGENIERÍA EN COMPUTACIÓN ____	<input type="checkbox"/> DISEÑO ____
<input type="checkbox"/> HUMANIDADES ____	<input type="checkbox"/> MATEMÁTICAS APLICADAS ____	<input type="checkbox"/> TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN ____
<input type="checkbox"/> ESTUDIOS SOCIOTERRITORIALES ____	<input checked="" type="checkbox"/> BIOLOGÍA MOLECULAR 10	

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

ENUNCIAR, AL MENOS, 5 ACTIVIDADES DE APOYO POR LICENCIATURA	DURACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL (21)
<b>Biología Molecular/ Ingeniería Biología</b>  Colaborar en los programas de prevención de la Salud Colaborar con bases analíticas, estadísticas, matemáticas en los fenómenos biológicos de ecología. Coadyuvar en la implementación de estrategias de protección al medio ambiente en zonas escolares, parques, unidades habitacionales y áreas verdes.	6 meses, 480 horas

**ACTIVIDADES ORIENTADAS AL DESARROLLO DE**

<input type="checkbox"/> ABASTO Y COMERCIALIZACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> DESARROLLO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO	<input checked="" type="checkbox"/> MEDIOS DE COMUNICACIÓN	(22)
<input checked="" type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	<input type="checkbox"/> DESARROLLO INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/> MICRORREGIONES	
<input type="checkbox"/> AGRICULTURA Y DESARROLLO AGROPECUARIO	<input type="checkbox"/> DESARROLLO SUSTENTABLE	<input type="checkbox"/> MIPYMES	
<input type="checkbox"/> ASENTAMIENTOS INDIGENAS	<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN	<input type="checkbox"/> PESCA	
<input type="checkbox"/> ATENCIÓN A LA JUVENTUD	<input type="checkbox"/> EQUIDAD DE GÉNERO	<input type="checkbox"/> POLÍTICA, PLANEACIÓN Y ECONOMÍA SOCIAL	
<input type="checkbox"/> CAPACITACIÓN	<input type="checkbox"/> FINANZAS	<input type="checkbox"/> PRODUCCIÓN	
<input type="checkbox"/> COMUNICACIONES Y TRANSPORTES	<input type="checkbox"/> FORTALECIMIENTO DELEGACIONAL O MUNICIPAL	<input type="checkbox"/> SALUD	
<input type="checkbox"/> CULTURA Y RECREACIÓN	<input type="checkbox"/> IDENTIDAD CULTURAL	<input type="checkbox"/> TURISMO	
<input type="checkbox"/> DEMOGRAFÍA	<input checked="" type="checkbox"/> JUSTICIA, PROTECCIÓN CIVIL Y SEGURIDAD PÚBLICA	<input type="checkbox"/> URBANIZACIÓN	
<input type="checkbox"/> DERECHOS HUMANOS	<input type="checkbox"/> MEDIO AMBIENTE Y ECOLOGÍA	<input type="checkbox"/> VIVIENDA	

**REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL**

Escolares	Personales	(23)
<input checked="" type="checkbox"/> CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> COMPROBANTE DE DOMICILIO	
<input type="checkbox"/> 75 % DE CRÉDITOS	<input checked="" type="checkbox"/> IFE	
<input checked="" type="checkbox"/> CURRÍCULUM	<input checked="" type="checkbox"/> FOTOGRAFÍAS	
Otros _Hoja de servicio médico escolar, Copia Curp, Folder Beige tamaño carta_	Tamaño Infantil_ Cantidad 2	

**LUGAR ESPECÍFICO DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL**

(Ubicación precisa del lugar donde los prestadores realizarán el servicio social, señalando la localidad, la delegación y/o municipio). Oficialía Mayor; Dirección Ejecutiva de Comunicaciones; Dirección Ejecutiva de Sistemas.	(24)
---	------

**UBICACIÓN DEL PRESTADOR**

<input checked="" type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> GABINETE	<input type="checkbox"/> LABORATORIO	<input type="checkbox"/> CAMPO/INVESTIGACIÓN	<input type="checkbox"/> BRIGADA	(25)
---	-----------------------------------	--------------------------------------	--	----------------------------------	------

DÍAS

HORARIO

<input checked="" type="checkbox"/> <b>LUNES A VIERNES CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES</b>	<input type="checkbox"/> <b>POSIBILIDAD DE REALIZARLO FINES DE SEMANA</b>	<input type="checkbox"/> <b>MATUTINO CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES</b>	<input type="checkbox"/> <b>VESPERTINO. CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>MIXTO CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES</b>
--	---	--	---	--

(26)

### APOYOS Y ESTÍMULOS A PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL

<input type="checkbox"/> APOYO EN LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO TERMINAL O TESINA  <input checked="" type="checkbox"/> ASESORIA  <input type="checkbox"/> CURSOS Y CAPACITACIÓN	<input type="checkbox"/> MATERIALES Y EQUIPO   <input type="checkbox"/> VIÁTICOS	APOYO ECONÓMICO O EN ESPECIE <input checked="" type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	CANTIDAD \$ Mensuales   OTRO ESPECIFIQUE_ Se menciona en el apartado de observaciones_
--	---	---	--

(27)

### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

<b>(CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS, NUM. DE BENEFICIARIOS, IMPACTO ACADÉMICO, IMPACTO SOCIAL, OTROS ESPECIFIQUE)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Innovación</li> <li>Factibilidad</li> <li>Calidad tecnológica</li> <li>Precisión de etapas y tareas</li> <li>Creatividad y originalidad</li> <li>Todo esto se reflejará en los reportes mensuales y finales de cada estudiante</li> </ul>	(28)
--	------

### OBSERVACIONES

<p><b>APOYO ECONÓMICO:</b> Al término satisfactorio del Servicio Social, la SSC CDMX, otorgará al estudiante, un apoyo económico de la cantidad de \$4,000 (cuatro mil pesos 00/100). Pago que se realizará por única vez. Con la salvedad de la suficiencia presupuestaria y a lo establecido en la Circular Uno 2015 "Normatividad en Materia de Administración de Recursos para las Dependencias, Unidades Administrativas, Unidades Administrativas de Apoyo Técnico Operativo, Órganos Desconcentrados y Entidades de la Administración Pública del Distrito Federal", emitida en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México (se anexan dos fojas correspondientes a la Gaceta Oficial).</p> <p>El término satisfactorio comprende, contar con Carta de Término que ampare 480 horas cubiertas, en un periodo entre seis meses y máximo dos años, así como haber entregado la totalidad de los requisitos establecidos (Carta de Presentación, contar con el 70% de créditos académicos, hoja de servicio médico escolar, dos fotografías infantil, copia de identificación oficial vigente y/o credencial de la Institución educativa por ambos lados, copia de CURP, comprobante de domicilio, presentado en un folder beige tamaño carta).</p>	(29)
--	------

### USO EXCLUSIVO DEL ÓRGANO COLEGIADO

<input type="checkbox"/> CONSEJO ACADÉMICO  <input type="checkbox"/> CONSEJO DIVISIONAL	<input type="checkbox"/> APROBADO  <input type="checkbox"/> NO APROBADO	OBSERVACIONES:
---	---	----------------

(30)

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.