

FORMATO DE REGISTRO DE PROGRAMAS O PROYECTOS DE SERVICIO SOCIAL

FECHA DE RECEPCIÓN (1)	FECHA DE APROBACIÓN (2)	CLAVE DE APROBACIÓN (3)
Noviembre 2019		Número de sesión

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. Gobierno del Estado de México. (4)		
Calle y número:	Colonia y C.P:	Delegación o Municipio:
Avenida Hidalgo Pte. 600	La Merced 50080	Toluca
Entidad federativa:	Página web:	Teléfono:
Estado de México	tu@issemy.mex.mx	T (722) 2261900

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)

Área a la que está adscrita la gestión del servicio social (Recursos Humanos, Capacitación, Relaciones laborales, etc.) (6)

Área: Unidad de Educación e Investigación Médica
 *Nombre del responsable(s): Dr. Jesús Reyes Reyes
 Puesto que desempeña: Jefe de la Unidad de Educación e Investigación Médica del Hospital Regional Tlalnepantla.
 Teléfono: 26269200. Ext 2351
 Correo-e: cigoloruen@hotmail.com, jueishrt@hotmail.com

Datos del responsable del área de servicio social

**Nombre (s):
 Puesto que desempeña:
 Teléfono:
 Correo-e:

* 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: Servicio social en el Hospital Regional de Tlalnepantla. (7)
Justificación: Brindar a los derechohabientes las prestaciones que establece la Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios, con el objeto de preservar su salud , garantizar el ingreso económico en la etapa de retiro del servidor público, apoyar la economía familiar, fortalecer la integración familiar y su bienestar social, con calidad, humanismo y actitud de servicio, trabajando en un ambiente organizacional participativo y de trabajo en equipo, que permita el desarrollo personal y profesional de sus trabajadores. (8)
Objetivos: Otorgar las prestaciones de seguridad social a favor de los servidores públicos, de sus familiares o dependientes económicos, tendientes a mejorar sus condiciones económicas, sociales y culturales . (9)

TIPO DE PROGRAMA O PROYECTO

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

ALCANCE DEL PROGRAMA O PROYECTO

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

POBLACIÓN BENEFICIADA CON EL PROGRAMA O PROYECTO

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

EL PROGRAMA O PROYECTO APOYA A LA

DOCENCIA <input type="checkbox"/>	INVESTIGACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	EXTENSIÓN Y DIFUSIÓN DE LA CULTURA <input type="checkbox"/>	COMUNIDAD <input type="checkbox"/>	ADMINISTRACIÓN <input 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: Aprobado por el Consejo Divisional: <input type="checkbox"/> CCD <input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> 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:	(14)
--	------

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): Q.F.B. Miguel Razo Aguilera Área de adscripción: Jefe del servicio de Laboratorio Clínico del Hospital Regional Tlalnepantla Teléfono: 26269200. Ext 1600 Correo-e: m_razo_a@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) 14 NOV 2019 HOSPITAL REGIONAL TALA... TALA...	

ETAPAS DEL PROGRAMA O PROYECTO

Enunciar de manera general las etapas en las que participarán los prestadores de servicio social. -Entrevista -Designación de área de trabajo -Designación de responsable inmediato -Cronograma de actividades	(16)
--	------

VIGENCIA DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

UN AÑO <input checked="" type="checkbox"/>	DOS AÑOS <input type="checkbox"/>	TRES AÑOS <input type="checkbox"/>	CUATRO AÑOS <input 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:	Fuentes alternas de financiamiento, en su caso	(18)
Hospital Regional de Tlalnepantla		

CONVENIO INSTITUCIONAL

SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" 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
<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN ____ <input type="checkbox"/> DERECHO ____ <input type="checkbox"/> HUMANIDADES ____ <input type="checkbox"/> ESTUDIOS SOCIOTERRITORIALES ____	<input checked="" type="checkbox"/> INGENIERÍA BIOLÓGICA <u>1</u> <input type="checkbox"/> INGENIERÍA EN COMPUTACIÓN ____ <input type="checkbox"/> MATEMÁTICAS APLICADAS ____ <input type="checkbox"/> BIOLOGÍA MOLECULAR ____	<input type="checkbox"/> CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN ____ <input type="checkbox"/> DISEÑO ____ <input type="checkbox"/> TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN ____

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

Actividades realizadas

Las actividades que llevo a cabo en el laboratorio clínico del Hospital Regional Tlalnepantla ISSEMyM son en su mayoría de carácter técnico, en apoyo al procesamiento, así como una parte de apoyo administrativo

Área de procesamiento técnico

- Apoyo en toma de muestras sanguíneas y líquidos corporales
- Apoyo en la identificación y etiquetado correcto de muestras
- Apoyo en centrifugación y separación de muestras
- Apoyo en el proceso de muestras en los distintos bioanalizadores (Bioquímica, hematología, microbiología)
- Apoyo en realización de pruebas manuales
- Apoyo en la validación de resultados

DURACIÓN DEL
SERVICIO
SOCIAL (21)
6 meses, 480
horas

Área administrativa del laboratorio

- Apoyo en la recepción de solicitudes provenientes de servicios médicos
- Apoyo en el ingreso de estudios solicitados al sistema de interfase
- Apoyo a la corroboración de resultados
- Apoyo en la impresión y entrega de resultados
- Apoyo al llenado de bitácoras de distintas áreas del laboratorio

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL DESARROLLO DE

	ABASTO Y COMERCIALIZACIÓN		DESARROLLO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO		MEIOS DE COMUNICACIÓN	(22)
	ADMINISTRACIÓN PÚBLICA		DESARROLLO INDUSTRIAL		MICORREGIONES	
	AGRICULTURA Y DESARROLLO AGROPECUARIO		DESARROLLO SUSTENTABLE		MIPYMES	
	ASENTAMIENTOS INDÍGENAS		EDUCACIÓN		PESCA	
	ATENCIÓN A LA JUVENTUD		EQUIDAD DE GÉNERO		POLÍTICA, PLANEACIÓN Y ECONOMÍA SOCIAL	
	CAPACITACIÓN		FINANZAS		PRODUCCIÓN	
	COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		FORTALECIMIENTO DELEGACIONAL O MUNICIPAL		SALUD	
	CULTURA Y RECREACIÓN		IDENTIDAD CULTURAL		TURISMO	
	DEMOGRAFÍA		JUSTICIA, PROTECCIÓN CIVIL Y SEGURIDAD PÚBLICA		URBANIZACIÓN	
	DERECHOS HUMANOS		MEDIO AMBIENTE Y ECOLOGÍA		VIVIENDA	

REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

Escolares

☐ CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD

☐ 75 % DE CRÉDITOS

☐ CURRÍCULUM

Otros _____

☒ 70% DE CRÉDITOS

☐ HISTORIAL ACADÉMICO

☐ COMPROBANTE DE CRÉDITOS

Personales

☐ COMPROBANTE DE DOMICILIO

☐ IFE

☐ FOTOGRAFÍAS

Tamaño_____Cantidad____

(23)

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).

Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital Regional Tlalnepantla ISSEMyM. Av. Paseo del Ferrocarril No. 88, esq. Indeco, Col. Los Reyes Ixtacala. Municipio: Tlalnepantla de Baz.

(24)

UBICACIÓN DEL PRESTADOR

☐ OFICINA

☐ GABINETE

☒ LABORATORIO

☐ CAMPO/INVESTIGACIÓN

☐ BRIGADA

(25)

DÍAS

HORARIO

☒ LUNES A VIERNES
CONSIDERANDO EL
HORARIO DE CLASES

☒ POSIBILIDAD DE REALIZARLO FINES DE
SEMANA

☐ MATUTINO
CONSIDERANDO EL
HORARIO DE CLASES

☐ VESPERTINO: CONSIDERANDO EL
HORARIO DE CLASES

☒ MIXTO: CONSIDERANDO EL
HORARIO DE CLASES

(26)

APOYOS Y ESTÍMULOS A PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL

☐ APOYO EN LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO TERMINAL O
TESINA

☒ MATERIALES Y EQUIPO

☐ ASESORÍA

☐ CURSOS Y CAPACITACIÓN

☐ VIÁTICOS

APOYO ECONÓMICO O EN
ESPECIE

☐ SI

☐ NO

CANTIDAD \$ Mensuales

OTRO
ESPECIFIQUE_____

(27)

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

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

Constancia oficial de servicios, emitida por la autoridad competente, firmada y sellada, en original (por jefatura de recursos humanos o equivalente) dirigida al responsable de la sección de servicio social.

Talones de pago, en original y copia, a través de los cuales se comprueba el haber laborado 480 horas en un periodo de seis meses, después de haber cubierto el 70% de créditos de la licenciatura.

Informe final de actividades realizadas. Firmado y sellado por el superior jerárquico, por el alumno y tutor académico.

(28)

OBSERVACIONES

(29)

USO EXCLUSIVO DEL ÓRGANO COLEGIADO

☐ CONSEJO ACADÉMICO

☒ CONSEJO DIVISIONAL

☐ APROBADO

☐ 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.

4