



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)
07/02/2020	(día, mes, año) ____/____/____	Número de sesión

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES

Alcaldía Miguel Hidalgo (4)		
Calle y número:	Colonia y C.P:	Delegación o Municipio:
Av. Parque Lira Núm.94	Observatorio 11860	Alcaldía Miguel Hidalgo
Entidad federativa:	Página web:	Teléfono:
Ciudad de México	miguelhidalgo.cdmx.gob.mx	52767700 Ext.7249

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: Subdirección de Capital Humano *Nombre del responsable(s): Irma Lilia Vázquez Blacio Puesto que desempeña: Subdirectora Teléfono: 52767700 Ext.7249 Correo-e:serviciosocialmh@gmail.com
Datos del responsable del área de servicio social
**Nombre (s): Ivonne García García Puesto que desempeña: Jefe de la Unidad Departamental de Capacitación y Desarrollo Teléfono: 52767700 Ext.7249 Correo-e: serviciosocialmh@gmail.com
* 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: Administración Eficaz.	(7)
Justificación: Fortalecer los conocimientos teóricos y prácticos del estudiante poniéndolos en práctica de manera armónica, para que la población se vea beneficiada.	(8)
Objetivos: Desarrollo, modernización y automatización administrativa que contribuyan a la mejora de la gestión en beneficio de la población con eficiencia, oportunidad y calidad.	(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 type="checkbox"/>	ESTATAL <input type="checkbox"/>	LOCAL <input checked="" 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 checked="" 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): Irma Lilia Vázquez Blacio Área de adscripción: Subdirección de Capital Humano Teléfono: 52767700 Ext.7249 Correo-e: serviciosocialmh@gmail.com	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.- Recepción de documentos.
- 2.- Entrevista al área.
- 3.- Asignación de área correspondiente.
- 4.- Carta de aceptación.

VIGENCIA DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL
☐ UN AÑO ☒ DOS AÑOS ☐ TRES AÑOS ☐ CUATRO AÑOS ☐ PERMANENTE CON NOTIFICACIÓN ANUAL PARA RENOVACIÓN (17)
RECURSOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA O PROYECTO

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

CONVENIO INSTITUCIONAL
☐ SI ☒ NO ☐ EN PROCESO ☐ UAM ☐ UNIDAD (19)
NÚMERO DE ALUMNOS REQUERIDOS EN EL PROGRAMA O PROYECTO

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES	DIVISION DE CIENCIAS NATURALES E INGENIERIA	DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y DISEÑO (20)
<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN <input type="checkbox"/> DERECHO <input type="checkbox"/> HUMANIDADES ____ <input type="checkbox"/> ESTUDIOS SOCIOTERRITORIALES ____	<input type="checkbox"/> INGENIERÍA BIOLÓGICA ____ <input checked="" type="checkbox"/> INGENIERÍA EN COMPUTACIÓN 5 <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

ENUNCIAR, AL MENOS, 5 ACTIVIDADES POR LICENCIATURA

DURACIÓN DEL (21)

SERVICIO SOCIAL

6 meses, 480 horas

Ingeniería en Computación

Apoyo en la elaboración de base de datos.

Apoyo en el análisis de información.

Apoyo en captura de información

Revisar programas que se implementan desde el área de sistemas.

Apoyo en la elaboración de nuevos sistemas de control.

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL DESARROLLO DE

<input type="checkbox"/>	ABASTO Y COMERCIALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	DESARROLLO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO	<input 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 INDÍGENAS	<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 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

<i>Escolares</i>		<i>Personales</i>		(23)	
<input checked="" type="checkbox"/>	CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	70% DE CRÉDITOS		<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	75 % DE CRÉDITOS	<input type="checkbox"/>	HISTORIAL ACADÉMICO	<input checked="" type="checkbox"/>	INE
<input type="checkbox"/>	CURRICULUM	<input type="checkbox"/>	COMPROBANTE DE CRÉDITOS	<input checked="" type="checkbox"/>	FOTOGRAFÍAS
Otros: Seguro médico vigente y CURP				Tamaño: Infantil	Cantidad 1

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).

Alcaldía Miguel Hidalgo. Parque Lira No. 94, Col. Observatorio CP. 11860 Ciudad de México.

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"/>	LUNES A VIERNES CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES	<input type="checkbox"/>	POSIBILIDAD DE REALIZARLO FINES DE SEMANA	<input type="checkbox"/>	MATUTINO CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES	<input type="checkbox"/>	VESPERTINO. CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES	<input checked="" type="checkbox"/>	MIXTO CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES	(26)
-------------------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------	---	-------------------------------------	---	------

APOYOS Y ESTÍMULOS A PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL

<input type="checkbox"/>	APOYO EN LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO TERMINAL O TESIS	<input checked="" type="checkbox"/>	MATERIALES Y EQUIPO	<input checked="" type="checkbox"/>	APOYO ECONÓMICO O EN ESPECIE SI	CANTIDAD \$ 4,000.00 Mensuales
<input type="checkbox"/>	ASESORÍA	<input type="checkbox"/>	VIÁTICOS	<input type="checkbox"/>	NO	OTRO ESPECIFIQUE: Pago único al término del servicio social, sujeto a suficiencia presupuestal.
<input type="checkbox"/>	CURSOS Y CAPACITACIÓN					

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

(CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS, NUM. DE BENEFICIARIOS, IMPACTO ACADÉMICO, IMPACTO SOCIAL, OTROS ESPECIFIQUE) (28) Informe trimestral y final de servicio social

OBSERVACIONES	(29)
----------------------	------

USO EXCLUSIVO DEL ÓRGANO COLEGIADO		(30)
<input type="checkbox"/> CONSEJO ACADÉMICO <input type="checkbox"/> APROBADO		
<input checked="" type="checkbox"/> CONSEJO DIVISIONAL <input type="checkbox"/> 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.