

FORMATO DE REGISTRO DE PROGRAMAS O PROYECTOS DE SERVICIO SOCIAL

FECHA DE RECEPCIÓN (1)	FECHA DE APROBACIÓN (2)	CLAVE DE APROBACIÓN (3)
Julio 3, 2017		Número de sesión

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES

ALCALDÍA CUAJIMALPA DE MORELOS (4)		
Calle y número:	Colonia y C.P:	Delegación o Municipio:
AV. JUAREZ ESQUINA AV. MÉXICO S/N	CUAJIMALPA	CUAJIMALPA DE MORELOS
Entidad federativa:	Página web:	Teléfono:
CIUDAD DE MÉXICO	egarcianeri@gmail.com	58-14-11-81

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 Departamental de Capacitación
 *Nombre del responsable(s): Ernesto García Neri
 Puesto que desempeña: Jefe de la Unidad Departamental de Capacitación
 Teléfono: 58-14-11-81
 Correo-e: egarcianeri@gmail.com

Datos del responsable del área de servicio social

**Nombre (s): Esperanza Chaparro Gutiérrez
 Puesto que desempeña: Jefa de Oficina de Servicio Social
 Teléfono: 58-14-11-81
 Correo-e: serviciocuaji@hotmail.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: Apoyo al Concejo de Alcaldías.	(7)
Justificación: Las funciones de la Alcaldía de Cuajimalpa son atender de manera inmediata, las necesidades más sensibles de la población y crear las condiciones necesarias para garantizar un estado permanente de bienestar, a través de proyectos dirigidos a todos los sectores de la población, fomentando el empoderamiento de la sociedad y bajo los principios de Unidad, Respeto, Honestidad y Responsabilidad, con objeto de cumplir con los objetivos trazados, a través de la aplicación y uso de nuestros recursos materiales, humanos y financieros.	(8)
Objetivos: Coadyuvar en los servicio que brinda la Alcaldía, mediante acciones apegadas a la normatividad vigente, que buscan el bien común como sustento del servicio cotidiano del Gobierno; así como la participación ciudadana y la rendición de cuentas como compromiso para atender las demandas de sus habitantes con eficiencia, eficacia y calidad basadas en la modernización y en la mejora cotidiana.	(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"/>
--	--------------------------------	--------------------------------

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 checked="" type="checkbox"/>	ADMINISTRACIÓN <input type="checkbox"/>	GESTIÓN <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	---	---	---	----------------------------------

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: ☐ 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

<p>Nombre del responsable (s) del programa o proyecto de servicio social y de las actividades del alumno o egresado</p>	<p>Asesor- UAM</p>
<p>Nombre (s) del responsable (s): ERNESTO GARCÍA NERI. Área de adscripción: UNIDAD DEPARTAMENTAL DE CAPACITACIÓN Teléfono: 58-14-11-81 Correo-e: egarcianeri@gmail.com</p>	<p>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)</p>

ETAPAS DEL PROGRAMA O PROYECTO

<ul style="list-style-type: none"> Entrevista con el responsable del área donde realizará el servicio social para confirmar su aceptación Entrega de documentación en la oficina de servicio social Inicio de Servicio Social (recibe carta de aceptación) Entrega de reportes mensuales (6) Finalización de Servicio Social (recibe carta de terminación)

VIGENCIA DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

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

RECURSOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA O PROYECTO

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

CONVENIO INSTITUCIONAL

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

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
<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN	<input type="checkbox"/> INGENIERÍA BIOLÓGICA	<input type="checkbox"/> CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

<input type="checkbox"/> DERECHO ____	<input type="checkbox"/> INGENIERÍA EN COMPUTACIÓN ____	<input checked="" type="checkbox"/> DISEÑO ____
<input type="checkbox"/> HUMANIDADES ____	<input type="checkbox"/> MATEMÁTICAS APLICADAS ____	<input type="checkbox"/> TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN ____
<input checked="" type="checkbox"/> ESTUDIOS SOCIOTERRITORIALES 3	<input type="checkbox"/> BIOLOGÍA MOLECULAR ____	

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

<p>SUBPROGRAMA: PROGRAMA AL CONCEJO DE LA ALCALDÍA</p> <p>Estudios Socioterritoriales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en la recopilación de información • Apoyo en la sistematización de la misma • Apoyo en la Interpretación de datos • Apoyo en el análisis del problema. • Apoyo en la elaboración de propuestas de solución 	<p>DURACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL ⁽²¹⁾</p> <p>6 meses, 480 horas</p>
--	---

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL DESARROLLO DE

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

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 type="checkbox"/> 75 % DE CRÉDITOS <input type="checkbox"/> CURRÍCULUM Otros _____	<input checked="" type="checkbox"/> 70% DE CRÉDITOS <input type="checkbox"/> HISTORIAL ACADÉMICO <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE CRÉDITOS	<input checked="" type="checkbox"/> COMPROBANTE DE DOMICILIO <input checked="" type="checkbox"/> IFE <input checked="" type="checkbox"/> FOTOGRAFÍAS Tamaño <u>infantil</u> Cantidad <u>1</u>	

LUGAR ESPECÍFICO DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

Oficinas de la Alcaldía Cuajimalpa de Morelos ubicadas en Av. Juárez Esq. Av. México s/n Col. Cuajima/pa.	(24)
---	------

UBICACIÓN DEL PRESTADOR

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

DÍAS

HORARIO

<input checked="" type="checkbox"/> LUNES A VIERNES CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES <input checked="" 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 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 TESISINA <input checked="" type="checkbox"/> ASESORIA <input type="checkbox"/> CURSOS Y CAPACITACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> MATERIALES Y EQUIPO <input type="checkbox"/> VIÁTICOS	APOYO ECONÓMICO O EN ESPECIE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CANTIDAD \$ Mensuales OTRO ESPECIFIQUE _____
--	--	---	---

(27)

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Se evaluará con la entrega de un reporte mensual de actividades con asistencia diaria avalada por el Asesor directo. Informe final de servicio social.

(28)

OBSERVACIONES

(29)

USO EXCLUSIVO DEL ÓRGANO COLEGIADO

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> CONSEJO ACADÉMICO <input type="checkbox"/> CONSEJO DIVISIONAL </div> <div> <input type="checkbox"/> APROBADO <input type="checkbox"/> NO APROBADO </div> </div>	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.