

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) 04/02/2020	(día, mes, año) ____/____/____	Número de sesión

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES

CASA RAMA A.C. (4)		
Calle y número:	Colonia y C.P:	Delegación o Municipio:
Hacienda Molino de las Flores Núm. 4	Prado Coapa, 14350	Tlalpan
Entidad federativa:	Página web:	Teléfono:
CDMX	www.casarama.org	552155-4072 / 55180-3237(cel)

SECTOR AL QUE PERTENECE LA INSTITUCIÓN

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

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

<p>Área a la que está adscrita la gestión del servicio social (Recursos Humanos, Capacitación, Relaciones laborales, etc.) (6)</p> <p>Área: Derechos Humanos, Inclusión Social *Nombre del responsable(s): María Alejandra Salas Quintero Puesto que desempeña: Directora Teléfono: 55 1850-3237 cel. Correo: alejandra.salas@casarama.org.mx</p> <p>Datos del responsable del área de servicio social</p> <p>**Nombre (s): Maria Alejandra Salas Quintero Puesto que desempeña: Directora Teléfono: 551850-3237 Correo-e: Alejandra.salas@casarama.org.mx</p> <p>* 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</p>

DATOS DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del programa o proyecto: Inclusión Social de las Personas con Discapacidad (7)
Justificación: Las personas con discapacidad tienen el derecho de vivir una vida incluyente, derecho a la educación y a la inserción del sector laboral. (8)
Objetivos: Participar en el desarrollo del programa ocupacional y laboral de los adolescentes y adultos del Centro Educativo. Investigar las alternativas laborales que ofrecen la comunidad para las Personas con Discapacidad (PcD) (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 checked="" 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:

(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
Nombre (s) del responsable (s): María Alejandra Salas Quintero Puesto que desempeña: Directora Teléfono: 55 1850-3237 cel. Correo: alejandra.salas@casarama.org.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)

(15)

ETAPAS DEL PROGRAMA O PROYECTO

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

(16)

1er etapa: Investigación de los escenarios donde pueden tener acceso las PcD.

2da etapa: Desarrollo del programa ocupacional y laboral del los jóvenes del centro Casa Rama A . C.

3er etapa: Implementación del programa laboral

VIGENCIA DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

UN AÑO <input type="checkbox"/>	DOS AÑOS <input checked="" 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: Casa Rama A.C.	Fuentes alternas de financiamiento, en su caso
---	--

(18)

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 <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN	DIVISION DE CIENCIAS NATURALES E INGENIERIA <input type="checkbox"/> INGENIERÍA BIOLÓGICA	DIVISIÓ DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y DISEÑO <input type="checkbox"/> CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
--	--	---

(20)

<input type="checkbox"/> DERECHO ____ <input checked="" type="checkbox"/> HUMANIDADES 2 <input checked="" type="checkbox"/> ESTUDIOS SOCIOTERRITORIALES 2	<input type="checkbox"/> INGENIERÍA EN COMPUTACIÓN ____ <input type="checkbox"/> MATEMÁTICAS APLICADAS ____ <input type="checkbox"/> BIOLOGÍA MOLECULAR ____	<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 1 Apoyo en la busqueda de alternativas laborales para las PcD. 2 Apoyo en la investigación de empresas privadas y públicas que ofrecen ésta alternativa y que favorecen la inclusión de las PcD. 3 Apoyo en la elaboración, implementación y difusión del programa laboral. 4 Investigar a nivel nacional, las oportunidades educativas y laborales para las PcD. 5 Apoyar en la difusión de los asuntos diversos de las PcD en medios masivos de comunicación.	DURACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL 6 MESES	(21)
---	---	------

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 checked="" type="checkbox"/> DEMOGRAFÍA <input checked="" 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. X <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 type="checkbox"/> URBANIZACIÓN <input type="checkbox"/> VIVIENDA	(22)
---	--	--	------

REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

Escolares		Personales	(23)
<input type="checkbox"/> CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/> 75 % DE CRÉDITOS <input checked="" 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"/> INE <input type="checkbox"/> FOTOGRAFÍAS Tamaño _____ Cantidad _____	

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). Hacienda Molino de las Flores # 4 Colonia Prado Coapa 2ª. Sección Delegación Tlalpan cp 14350 A un costado de plaza Acoxa.	(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"/> 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 TESINA <input 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 type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CANTIDAD \$ Mensuales OTRO ESPECIFIQUE _____ _____
--	---	--	---

(27)

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

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

OBSERVACIONES

	(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.