

FORMATO DE REGISTRO DE PROGRAMAS O PROYECTOS DE SERVICIO SOCIAL

FECHA DE RECEPCIÓN (1)	FECHA DE APROBACIÓN (2)	CLAVE DE APROBACIÓN (3)
Febrero 04, 2020	(día, mes, año) ____/____/____	Número de sesión

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES

Poder Ejecutivo del Gobierno del estado de Jalisco (4)		
Calle y número:	Colonia y C.P:	Delegación o Municipio:
Avenida Alcalde no. 1221	Miraflores, C.P. 44270	Guadalajara
Entidad federativa:	Página web:	Teléfono:
Jalisco	https://www.jalisco.gob.mx/es/gobierno/dependencias	38182800, ext. 26570

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)

<p>Área a la que está adscrita la gestión del servicio social (Recursos Humanos, Capacitación, Relaciones laborales, etc.) (6)</p> <p>Área: Dirección de Formación y Capacitación *Nombre del responsable(s): Lic. Rosalía Elena Herrera Guevara Puesto que desempeña: Directora de Formación y Capacitación Teléfono: (33) 38182800, ext. 26136 Correo-e: rosalia.herrera@jalisco.gob.mx</p> <p>Datos del responsable del área de servicio social</p> <p>**Nombre (s): Lic. Rosalía Elena Herrera Guevara Puesto que desempeña: Directora de Formación y Capacitación Teléfono: (33) 38182800, ext. 26136 Correo-e: rosalia.herrera@jalisco.gob.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: Acciones realizadas para la administración eficiente de los bienes y prestación servicios. Unidad de Enlace Federal y Asuntos Internacionales.	(7)
Justificación: Mediante el convenio de colaboración podemos contribuir para que el alumnado vaya adquiriendo los conocimientos y experiencia en el campo laboral y facilite su desempeño, y en coadyuvancia se busca eficientar la administración de los bienes y prestación de servicios en todas las áreas de esta Unidad de Enlace Federal y Asuntos Internacionales.	(8)
Objetivos: Otorgar y administrar los bienes y prestación servicios requeridos para el cumplimiento de las actividades de la Unidad de Enlace Federal y Asuntos Internacionales.	(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 checked="" type="checkbox"/>	REGIONAL <input type="checkbox"/>	ESTATAL <input 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"/>
--	--------------------------------	--------------------------------

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"/>
-----------------------------------	--	---	------------------------------------	--	----------------------------------

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: <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:	

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) Lic. Rosalía Elena Herrera Guevara Puesto que desempeña: Directora de Formación y Capacitación Teléfono: (33) 38182800, ext. 26136 Correo-e: rosalia.herrera@jalisco.gob.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)
<p>Planeación: Realizará un estudio para identificar las fortalezas, debilidades y necesidades en la administración de bienes y prestación de servicios necesarios para la operatividad de cada una de las áreas de la Unidad.</p> <p>Ejecución: Elaborará, implementará y/o actualizará lineamientos internos administrativos (manuales y procedimientos) para proveer y administrar los bienes y servicio necesarios en cada área</p> <p>Resultados: Eficientar el otorgamiento y administración de los bienes y prestación de servicios.</p>	

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 type="checkbox"/>	PERMANENTE CON NOTIFICACIÓN ANUAL PARA RENOVACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>
---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---

RECURSOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA O PROYECTO

Recursos solicitados y aportados por:	Fuentes alternas de financiamiento, en su caso
Poder Ejecutivo del Gobierno del estado de Jalisco.	

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	DIVISION DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y DISEÑO
<input checked="" type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN 3 <input type="checkbox"/> DERECHO ____	<input type="checkbox"/> INGENIERÍA BIOLÓGICA ____ <input type="checkbox"/> INGENIERÍA EN COMPUTACIÓN ____	<input type="checkbox"/> CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN ____ <input type="checkbox"/> DISEÑO ____

<input type="checkbox"/> HUMANIDADES ____ <input type="checkbox"/> ESTUDIOS SOCIOTERRITORIALES ____	<input type="checkbox"/> MATEMÁTICAS APLICADAS ____ <input type="checkbox"/> BIOLOGÍA MOLECULAR ____	<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 . <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en actividades administrativas en general. • Apoyo en el análisis, elaboración y/o actualización en manuales y procedimientos • Apoyo en la orientación y realización de trámites y servicios administrativos. • Elaboración y control de bienes, materiales y artículos varios (inventarios). • Apoyo en la clasificación y archivo de documentación varia. 	DURACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL 6 meses, 480 horas (21)
---	--

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL DESARROLLO DE

<input type="checkbox"/> ABASTO Y COMERCIALIZACIÓN <input checked="" 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 checked="" 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

<i>Escolares</i>	<i>Personales</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/> 75 % DE CRÉDITOS <input type="checkbox"/> CURRÍCULUM Otros _____	<input type="checkbox"/> 70% DE CRÉDITOS <input type="checkbox"/> HISTORIAL ACADÉMICO <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE CRÉDITOS <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE DOMICILIO <input checked="" type="checkbox"/> INE y CURP <input type="checkbox"/> FOTOGRAFÍAS <input checked="" type="checkbox"/> Agendar cita en https://serviciosocial.app.jalisco.gob.mx/ 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). Domicilio 1: Campos Elíseos 11, Col. Polanco V Sección, C.P. 11580, Alcaldía Miguel Hidalgo, CDMX. Domicilio 2: Manuel López Cotilla 1013, Col. Del Valle, C,P, 03100, Alcaldía Benito Juárez, CDMX	(24)
---	------

UBICACIÓN DEL PRESTADOR

<input checked="" type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> GABINETE	<input type="checkbox"/> LABORATORIO	<input type="checkbox"/> CAMPO/INVESTIGACIÓN	
---	-----------------------------------	--------------------------------------	--	--

DIAS

HORARIO

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

APOYOS Y ESTÍMULOS A PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL

<input type="checkbox"/> APOYO EN LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO TERMINAL O TESIS	<input type="checkbox"/> MATERIALES Y EQUIPO	APOYO ECONÓMICO O EN ESPECIE	CANTIDAD \$ Mensuales
<input type="checkbox"/> ASESORIA		<input type="checkbox"/> SI	
<input type="checkbox"/> CURSOS Y CAPACITACIÓN	<input type="checkbox"/> VIÁTICOS	<input type="checkbox"/> NO	OTRO ESPECIFIQUE _____
		<input checked="" type="checkbox"/>	

(27)

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

(CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS, NUM. DE BENEFICIARIOS, IMPACTO ACADÉMICO, IMPACTO SOCIAL, OTROS ESPECIFIQUE) (28)

Cumplimiento de objetivos. Informe trimestral y final de servicio

OBSERVACIONES

(29)

USO EXCLUSIVO DEL ÓRGANO COLEGIADO

<input type="checkbox"/> CONSEJO ACADÉMICO	<input type="checkbox"/> APROBADO	OBSERVACIONES: (30)
<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.