



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
Unidad Cuajimalpa

## FORMATO DE REGISTRO DE PROGRAMAS O PROYECTOS DE SERVICIO SOCIAL

**FECHA DE RECEPCIÓN (1)**  
(día, mes, año)

**FECHA DE APROBACIÓN (2)**  
(día, mes, año)

**CLAVE DE APROBACIÓN (3)**  
Número de sesión

**NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES (4)**

**Calle y número**

**Colonia y C.P**

**Delegación o Municipio**

**Entidad federativa**

**Correo**

**Teléfono**

**SECTOR AL QUE PERTENECE LA INSTITUCIÓN (5)**

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

(6)

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

**Área:**

**\*Nombre del responsable(s):**

**Puesto que desempeña:**

**Teléfono:**

**Correo:**

Datos del responsable del área de servicio social

**\*\*Nombre (s):**

**Puesto que  
desempeña:**

**Teléfono:**

**Correo:**

\* 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:** (7)

**Justificación:** (8)

**Objetivos:** (9)

**TIPO DE PROGRAMA O PROYECTO** (10)

**ALCANCE DEL PROGRAMA O PROYECTO** (11)

**POBLACIÓN BENEFICIADA CON EL PROGRAMA O PROYECTO** (12)

Urbana Rural Ambas

## EL PROGRAMA O PROYECTO APOYA A LA

(13)

Docencia	Investigación	Extensión y Difusión de la cultura	Comunidad	Administración	Gestión
----------	---------------	--	-----------	----------------	---------

### 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**

**Corresponsable: Tutor- UAM**

(15)

Nombre (s) del responsable (s) :

*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)*

Área de adscripción:

Teléfono:

Correo:

ETAPAS DEL PROGRAMA O PROYECTO

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

(16)

VIGENCIA DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

(17)

RECURSOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA O PROYECTO

Recursos solicitados y aportados por:

Fuentes alternas de financiamiento, en su caso

(18)

CONVENIO INSTITUCIONAL

(19)

NÚMERO DE ALUMNOS REQUERIDOS EN EL PROGRAMA O PROYECTO

(20)

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y DISEÑO	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES E INGENIERÍA	DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN	INGENIERÍA BIOLÓGICA	ADMINISTRACIÓN
DISEÑO	INGENIERÍA EN COMPUTACIÓN	DERECHO
TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	MATEMÁTICAS APLICADAS	HUMANIDADES
	BIOLOGÍA MOLECULAR	ESTUDIOS SOCIOTERRITORIALES

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

DURACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL  
6 meses, 480 horas

ENUNCIAR, AL MENOS, 5 ACTIVIDADES POR LICENCIATURA

(21)

**DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y DISEÑO**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES E INGENIERÍA**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

---

**ACTIVIDADES ORIENTADAS AL DESARROLLO DE**

(22)

---

## REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

(23)

### **Escolares**

CARTA DE  
PRESENTACIÓN  
DE LA  
UNIVERSIDAD

75 % DE  
CRÉDITOS

CURRICULUM

HISTORIAL  
ACADÉMICO

70% DE  
CRÉDITOS

COMPROBANTE  
DE CRÉDITOS

Otros

### **Personales**

COMPROBANTE DE  
DOMICILIO

IFE

FOTOGRAFÍAS

Tamaño

Cantidad

---

## LUGAR ESPECÍFICO DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

(24)

---

## UBICACIÓN DEL PRESTADOR

(25)

OFICINA

GABINETE

LABORATORIO

CAMPO/INVESTIGACIÓN

REMOTO/DISTANCIA

---

## DÍAS

(26)

LUNES A VIERNES  
CONSIDERANDO EL  
HORARIO DE  
CLASES

POSIBILIDAD DE  
REALIZARLO FINES DE  
SEMANA

## HORARIO

MATUTINO  
CONSIDERANDO EL  
HORARIO DE  
CLASES

VESPERTINO.  
CONSIDERANDO EL  
HORARIO DE CLASES

MIXTO CONSIDERANDO  
EL HORARIO DE CLASES

APOYOS Y ESTÍMULOS A PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL

(27)

APOYO EN LA ELABORACIÓN  
DEL TRABAJO TERMINAL O TESINA

MATERIALES Y EQUIPO

ASESORÍA (CURSOS Y CAPACITACIÓN)

VIÁTICOS

APOYO ECONÓMICO O EN ESPECIE

CANTIDAD \$ Mensuales

OTRO ESPECIFIQUE

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

(28)

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

OBSERVACIONES

(29)

USO EXCLUSIVO DEL ÓRGANO COLEGIADO

(30)

CONSEJO  
ACADÉMICO

APROBADO

OBSERVACIONES:

CONSEJO  
DIVISIONAL

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.