

PLAN PROGRAMA PROYECTO

FECHA DE RECEPCIÓN:	DÍA	MES	AÑO	FECHA DE APROBACIÓN:	DÍA	MES	AÑO	CLAVE DE APROBACIÓN DCBSL.76.04.23.8
	08	02	2023		04	05	2023	Número de Sesión: 159-(04.23)

ADSCRIPCIÓN

UNIDAD	DIVISIÓN, DIRECCIÓN O COORDINACIÓN	DEPARTAMENTO O SECCIÓN
--------	------------------------------------	------------------------

INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES (AS)

NOMBRE:	1		
CALLE Y NÚMERO:	COLONIA:	DELEGACIÓN O MUNICIPIO:	CÓDIGO POSTAL:
ENTIDAD FEDERATIVA:			
PÁGINA WEB:	TELÉFONO:	e-mail:	

DATOS GENERALES DEL PLAN, PROGRAMA O PROYECTO

NOMBRE:	2
JUSTIFICACIÓN:	3
OBJETIVOS:	4

TIPO DE PLAN, PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

INTERDISCIPLINARIO SI NO **5**

ALCANCE DEL PLAN, PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL **6**

SECTOR BENEFICIADO

ÁREA **7**

NACIONAL REGIONAL ESTATAL LOCAL

EDUCATIVO PRODUCTIVO PÚBLICO SOCIAL

RURAL
 URBANA

LUGAR DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL **8**

UBICACIÓN DEL PRESTADOR (A) **9**

LUGAR: _____

DÍAS: _____ MATUTINO MIXTO

HORARIO: _____ VESPERTINO FIN DE SEMANA

OFICINA LABORATORIO CAMPO
 ZONA RURAL ZONA URBANA

DURACIÓN DEL PLAN, PROGRAMA O PROYECTO **10**

10

UN AÑO DOS AÑOS TRES AÑOS

CONVENIO INSTITUCIONAL **11**

11

SI NO
 EN PROCESO UAM UNIDAD DIVISIÓN

ETAPAS GENERALES DEL PLAN, PROGRAMA O PROYECTO **12**

12

DURACIÓN DE CADA ETAPA **13**

**480 HORAS,
4 HORAS DIARIAS
POR ALUMNO**

DIVISIÓN DE CIENCIAS BÁSICAS E INGENIERÍA

Lic. en Ing. en Recursos Hídricos

NÚM. DE ALUMNOS

Lic. en Computación y Telecomunicaciones

NÚM. DE ALUMNOS

Lic. en Ing. en Sistemas Mecatrónicos Industriales

NÚM. DE ALUMNOS

CUALQUIER CARRERA

NÚM. DE ALUMNOS

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

Lic. en Biología Ambiental

NÚM. DE ALUMNOS

Lic. en Ciencias y Tecnología de Alimentos

NÚM. DE ALUMNOS

Lic. en Psicología Biomédica

NÚM. DE ALUMNOS

CUALQUIER CARRERA

NÚM. DE ALUMNOS

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

Lic. en Arte y Comunicación Digitales

NÚM. DE ALUMNOS

Lic. en Políticas Públicas

NÚM. DE ALUMNOS

Lic. en Educación y Tecnologías Digitales

NÚM. DE ALUMNOS

CUALQUIER CARRERA

NÚM. DE ALUMNOS

EL PLAN, PROGRAMA O PROYECTO SE ENFOCA AL APOYO DE:

15

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL DESARROLLO DE:

16

- ADMINISTRACIÓN
- COMUNIDAD
- DOCENCIA
- EXTENSIÓN Y DIFUSIÓN DE LA CULTURA
- INVESTIGACIÓN

- OTRA ESPECIFIQUE

- ABASTO Y COMERCIALIZACIÓN
- ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
- AGRICULTURA Y DESARROLLO AGROPECUARIO
- ASENTAMIENTOS INDÍGENAS
- ATENCIÓN A LA JUVENTUD
- CAPACITACIÓN
- COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
- CULTURA Y RECREACIÓN
- DEMOGRAFÍA
- DEPORTE
- DERECHOS HUMANOS

- DESARROLLO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO
- DESARROLLO INDUSTRIAL
- DESARROLLO SUSTENTABLE
- EDUCACIÓN
- EQUIDAD DE GÉNERO
- FINANZAS
- FORTALECIMIENTO DELEGACIONAL O MUNICIPAL
- GRUPOS VULNERABLES
- IDENTIDAD CULTURAL
- JUSTICIA, PROTECCIÓN CIVIL Y SEGURIDAD PÚBLICA

- MEDIO AMBIENTE Y ECOLOGÍA
- MEDIOS DE COMUNICACIÓN
- MICRORREGIONES
- MIPYMES
- PESCA
- POLÍTICA, PLANEACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
- PRODUCCIÓN
- SALUD
- TURISMO
- URBANIZACIÓN
- VIVIENDA
- OTRA ESPECIFIQUE

DESCRIBA LAS ACTIVIDADES EN LAS QUE APOYARÁN LOS PRESTADORES (AS) POR CARRERA SOLICITADA

17

Empty space for describing activities supporting the requested career.

DESCRIBA LAS ACTIVIDADES EN LAS QUE APOYARÁN LOS PRESTADORES (AS) POR CARRERA SOLICITADA

Empty space for describing activities supporting the requested career.

RECURSOS NECESARIOS Y DISPONIBLES PARA LA EJECUCION DEL PLAN, PROGRAMA O PROYECTO**18**

FUENTES DE FINANCIAMIENTO:

APOYOS Y ESTÍMULOS A LOS PRESTADORES (AS) DE SERVICIO SOCIAL APOYO EN LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO TERMINAL O TESINA MATERIALES Y EQUIPO ASESORÍA VIÁTICOS CURSOS Y CAPACITACIÓN**APOYO ECONÓMICO****19** SI CANTIDAD MENSUAL: \$ _____ NO INDIQUE POR CUANTOS MESES: _____OTROS APOYOS (ESPECIFIQUE):
_____**NOMBRE Y CARGO DEL ASESOR (A) RESPONSABLE Y CORRESPONSABLES DEL PLAN, PROGRAMA O PROYECTO****20**

NOMBRE(S):	CARGO:	TELÉFONO:	e-mail:	No. Económico
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL PLAN, PROGRAMA O PROYECTO**21**

(CUMPLIMIENTO DE OBJETIVO, No. DE BENEFICIARIOS, IMPACTO ACADÉMICO, IMPACTO SOCIAL, OTROS ESPECIFIQUE)

CRITERIOS DE EVALUACIÓN A PRESTADORES (AS)**22****OBSERVACIONES****23**

Asesor (a) de la institución receptora

Nombre(s), firma y sello

Directo (a) Divisional

Nombre(s), firma y sello

Asesor (a) de la UAM

Dra. Alejandra Miranda Carrasco

Dr. José Félix Aguirre Garrido

Dra. Rina María González Cervantes

Nombre(s), firma y sello

OBSERVACIONES DEL ÓRGANO COLEGIADO

APROBADO
NO APROBADO

COLEGIO ACADÉMICO
CONSEJO ACADÉMICO
CONSEJO DIVISIONAL

OBSERVACIONES

EL FORMATO DEBE SER LLENADO DE FORMA ELECTRÓNICA O A MÁQUINA, Y DEBERÁ SER ACOMPAÑADO POR LA SOLICITUD CORRESPONDIENTE EN PAPEL MEMBRETADO, FIRMADO Y SELLADO . EN CASO DE QUE LOS ESPACIOS SEAN INSUFICIENTES, FAVOR DE AGREGAR LA INFORMACIÓN EN UNA HOJA ANEXA SEGUN EL CASO. SE RECOMIENDA USAR ADOBE READER 9.0 O SUPERIOR.