

PLAN PROGRAMA PROYECTO

FECHA DE RECEPCIÓN:	DÍA	MES	AÑO	FECHA DE APROBACIÓN:	DÍA	MES	AÑO	CLAVE DE APROBACIÓN
								Número de Sesión:

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		5
INTERDISCIPLINARIO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

ALCANCE DEL PLAN, PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL	SECTOR BENEFICIADO	ÁREA
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> REGIONAL <input type="checkbox"/> ESTATAL <input type="checkbox"/> LOCAL	<input type="checkbox"/> EDUCATIVO <input type="checkbox"/> PRODUCTIVO <input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> SOCIAL	<input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBANA

LUGAR DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL	UBICACIÓN DEL PRESTADOR (A)
LUGAR:	
DÍAS:	<input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> LABORATORIO <input type="checkbox"/> CAMPO
HORARIO:	<input type="checkbox"/> ZONA RURAL <input type="checkbox"/> ZONA URBANA

DURACIÓN DEL PLAN, PROGRAMA O PROYECTO	CONVENIO INSTITUCIONAL
<input type="checkbox"/> UN AÑO <input type="checkbox"/> DOS AÑOS <input type="checkbox"/> TRES AÑOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> EN PROCESO <input type="checkbox"/> UAM <input type="checkbox"/> UNIDAD <input type="checkbox"/> DIVISIÓN

ETAPAS GENERALES DEL PLAN, PROGRAMA O PROYECTO	DURACIÓN DE CADA ETAPA
	480 HORAS, 4 HORAS DIARIAS POR ALUMNO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BÁSICAS E INGENIERÍA

Lic. en Ing. en Recursos Hídricos

NÚM. DE ALUMNOS

Lic. en Ing. 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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> APOYO EN LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO TERMINAL O TESINA | <input type="checkbox"/> MATERIALES Y EQUIPO |
| <input type="checkbox"/> ASESORÍA | <input type="checkbox"/> VIÁTICOS |
| <input type="checkbox"/> 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**

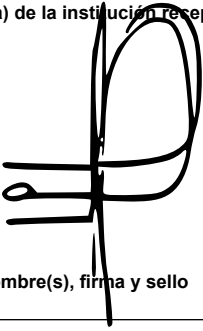
NOMBRE(S):	CARGO:	TELÉFONO:	e-mail:	No. Económico
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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

24

Asesor (a) de la UAM

Nombre(s), firma y sello

Nombre(s), firma y sello

OBSERVACIONES DEL ÓRGANO COLEGIADO

25

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.