**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA -*UNIDAD IZTAPALAPA***

**REGISTRO DE PROYECTO DE**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES SERVICIO SOCIAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Clave de Aprobación: |  |
| Fecha de Aprobación: |  | Número de Sesión: |  |

|  |
| --- |
| **Institución receptora de los prestadores (as)** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Calle y número: |  | Colonia: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Delegación o Municipio: |  | Código Postal: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Entidad Federativa: |  | Teléfono: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Página Web: |  | E-mail: |  |

|  |
| --- |
| **Datos generales del proyecto** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Denominación (Nombre): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Justificación: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Objetivos: |  |

|  |
| --- |
| **Lugar de realización del servicio social** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Lugar: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ubicación del prestador (a): |  | oficina |  | campo |  | laboratorio |  | zona rural |  | Zona urbana |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Duración** | **Etapas** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Un año |  |
|  | Dos años |
|  | Tres años |
|  | Cuatro años |

|  |
| --- |
| 1. **Licenciatura que comprende** 2. **Número de participantes** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Licenciatura** | **Cupo** | **Actividades** |
| Administración |  |  |
| Antropología social |  |  |
| Ciencia Política |  |  |
| Economía |  |  |
| Filosofía |  |  |
| Geografía Humana |  |  |
| Historia |  |  |
| Letras Hispánicas |  |  |
| Lingüística |  |  |
| Psicología Social |  |  |
| Sociología |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Recursos necesarios** | **Apoyo Económico** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | computadora |  | escritorio |  |  | si |  | no | Cantidad: $ |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Otro  (especifique) |  |  | Indique por cuántos meses: |  |
| Otros apoyos (especifique): |  |

|  |
| --- |
| 1. **Asesor o asesores responsables** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (s)** | **Cargo** | **Teléfono** | **e-mail** | **Firma** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Firmas indistintas: | | | | Sello de Institución externa |
|  |  |  |  |
|  | Si |  | No |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Tiempo de dedicación** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Matutino |  | Vespertino |  | Mixto |  | Fin de semana |

|  |
| --- |
| 1. **Criterios de evaluación** |

|  |  |
| --- | --- |
| (Cumplimiento de Objetivo,  N° de Beneficiarios, Impacto  Académico, Impacto Social y  Otros Especifique) |  |
| Criterio de evaluación a prestadores (as) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oficina Divisional de Servicio Social** |  | **Asesor (a) de la UAM** |
|  |  |  |
| **Nombre (s), firma y sello** |  | **Nombre (s), firma y sello y No. económico** |

|  |
| --- |
| **Observaciones del Órgano colegiado** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | APROBADO  Observaciones: | |  |
|  | NO APROBADO |  |

***Nota: En el caso de A.C. favor de anexar copia del acta constitutiva***