

**ESTE SOLO ES UN FORMATO QUE EXPLICA LA FORMA DE LLENAR, DEBEN ELIMINARSE LOS CAMPOS DE EXPLICACIÓN Y ADECUARSE A LO QUE SE SOLICITA, EN CASO DE NO APEGARSE A ESTA GUÍA SERÁ DESECHADO DE FORMA INMEDIATA SIN RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES**

**LA GUÍA DEBE VENIR EN HOJA MEMBRETADA CON LOS LOGOS DE LA INSTITUCIÓN QUE SE PRETENDE REGISTRAR COMO TAMBIEN DEBE SER ELABORADA POR LA INSTITUCION Y NO POR LOS PRESTADORES DE SERVICIO, SI SE DETECTA QUE ES EL PRESTADOR QUIEN LO ELABORA NO SE RECEPTARA LA INSTITUCION.**

**TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA ES OBLIGARTORIA, NO SE DEBE OMITIR NINGUN CAMPO, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE SE DEDUZCA DE LA RAZÓN SOCIAL O NOMBRE CONSIGNADA EN EL MEMBRETE DE LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE.**

**Y SE DEBE ELIMINAR LA EXPLICACION QUE SE DA DE CADA UNO DE LOS CAMPOS REQUERIDOS Y COMPLETARSE CON LA INFORMACIÓN DE LA UNIDAD.**

**ES IMPORTANTE NO MANEJAR INFORMACIÓN DEL PASANTE YA QUE ESTE PROGRAMA ES PARA DAR DE ALTA SOLO LA INSTITUCIÓN PARA QUE PUEDA RECIBIR PASANTES**

**EL PROGRAMA DEBERÁ PRESENTARSE CON SOLICITUD DE REGISTRO, DIRIGIDO A LA ING. ALEJANDRO CRUZ FERREYRA SUBDIRECTOR DE SERVICIO SOCIAL Y PASANTES DEL GOBIERNO DE MICHOACÁN DE OCAMPO, FORMATO LIBRE (NO DEBE LLEVAR INFORMACIÓN DEL PASANTE)**

**EL PROGRAMA NO ES EL MISMO FORMATO QUE LA SOLICITUD DE REGISTRO, ESTA ÚLTIMA DEBE IR EN UN FORMATO INDEPENDIENTE.**

**EL FORMATO DEBE VENIR FIRMADO Y SELLADO POR EL COORDINADOR.**

**GUÍA GENERAL PARA LA INSTRUMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE SERVICIO SOCIAL**

### DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA

* **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN (**SE DEBE COLOCAR NOMBRE COMPLETO DE LA INSTITUCIÓN
* **NATURALEZA JURÍDICA** SEÑALAR EL TIPO DE INSTITUCION Y COMO SE ENCUENTRAN CONSTITUIDOS LEGALMENTE COMO PUEDES SER:

\*DEPENDENCIA FEDERAL, ESTATAL, MUNICIPAL;

\*ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DEL GOBIERNO FEDERAL, ESTATAL O MUNICIPAL,

\*ASOCIACIÓN CIVIL,

\*INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA,

(LAS INSTITUCIONES PRIVADAS NO SON ACEPTADAS PARA SER UNIDAD RECEPTORA A EXCEPCION QUE TENGAN UN OBJETIVO SOCIAL IMPLICITO QUE SE VEA EN TODOS LOS APARTADOS)

* **TITULAR** NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE DE LA UINSTITUCIÓN  
  (EN CASO DE SER H. AYUNTAMIENTO DEBE CONTENER EL NOMBRE DEL PRESIDENTE MUNICIPAL)
* **COORDINADOR/RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL** NOMBRE COMPLETO DEL ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO DE SERVICIO SOCIAL, SOLO SE PERMITE 1 SOLO COORNADOR.
* **DOMICILIO** (CALLE, NÚMERO, COLONIA, CIUDAD. MUNICIPIO, C.P.)
* **TELÉFONO (S)** NÚMERO FIJO O CELULAR DONDE SE ATENDERAN ASUNTOS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
* **CORREO ELECTRÓNICO** CORREO VALIDO DONDE SE ATENDERAN ASUNTOS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

# DEL PROGRAMA

* **NOMBRE DEL PROGRAMA:** EL NOMBRE DEL PROYECTO DEBERÁ SER CLARO Y PRECISO NO MAS DE 50 CARACTERES, DICHO NOMBRE NO PUEDE SER EL MISMO A OTRA INSTITUCIÓN, COMO TAMPOCO DEBE SER EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN.
* **JUSTIFICACIÓN:** ARGUMENTAR LA NECESIDAD DEL PROGRAMA Y EXPLICAR EL IMPACTO SOCIAL QUE SE OBTENDRÁ CON LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTE PROGRAMA. (DEBERA CONTENER EL CARÁCTER SOCIAL IMPLICITO)
* **OBJETIVOS:** EXPRESAR DE MANERA CLARA LOS PROPÓSITOS QUE SE PRETENDAN LOGRAR CON EL APOYO DE ESTE PROGRAMA. (TODO OBJETIVO DEBE TENER EL CARÁCTER SOCIAL IMPLICITO)
* **CARRERA (S) ACADÉMICAS REQUERIDAS:** LOS NOMBRES EXPRESOS DE LAS CARRERAS QUE SE RECEPTARÁN A CORDE A LAS NECESIDADES DEL OBJETIVO, DEBE SER ESPECÍFICOS Y CLAROS, MENCIONANDO SI ES LICENCIATURA, INGENIERIA O CARRERA TÉCNICA.

(NO SE ACEPTAN ESPECIFICACIONES DE LOS PERFILES COMO HABILIDADES O DESTREZAS YA QUE ES PRESTACIÓN DE SERVICIO Y NO UNA CONTRATACION LABORAL)

* **ACTIVIDADES:** LAS ACTIVIDADES SERAN ESPECIFICAS POR PERFIL ACADEMICO, EN CASO DE QUE ALGUNAS ACTIVADES SEAN APLICADAS PARA PERFILES AFINES SE PODRAN CONJUNTAR SIEMPRE Y CUANDO SE MENCIONE PARA QUE CARRERAS SON.

(LAS ACTIVIDADES DEBERAN IR ACORDE A LOS OBJETIVOS SEÑALADOS)

* **METAS:** INDICAR LOS RESULTADOS QUE SE ESPERAN OBTENER CON LAS ACTIVIDADES SEÑALANDOLAS DE MANERA CUANTIFICABLE.
* **BENEFICIOS QUE OBTENDRÁ EL PASANTE**
  1. **ACADÉMICOS:** ESTE TIENE QUE VER CONASESORÍA, TALLERES, CURSOS, ETC. QUE SE OFREZCAN ADICIONAL A LAS ACTIVIDADES Y APRENDIZAJES QUE SE ESPECIFICAN CON ESTE PROGRAMA.
  2. **ECONÓMICOS:** BECAS, VIÁTICOS Y RECURSOS QUE OBTENDRA EL PASANTE, ESPECIFICANDO SI ES SEMANAL, MENSUAL O SEMESTRAL.

(SE DEBE CONSIDERAR LA CANTIDAD DE PRESTADORES YA

QUE TODOS DEBERAN RECIBIR EL APOYO).

(EN CASO DE SER INSTITUCION PRIVADA OBLIGARTORIAMENTE DEBE CONTENER UN APOYO ECONOMICO DE LO CONTRARIO SERA DESECHADO).

* 1. **OTROS:** CUALQUIER OTRO APOYO QUE OFREZCA LA INSTITUCIÓN, PUEDE SER EN ESPECIE.
     + **UNIVERSO DE TRABAJO:** LUGAR DONDE SE REALIZARÁN LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO, SEÑALANDO EL DOMICILIO.(NO SE ACEPTA VINCULACIÓN INTERNA A OTRAS INSTITUCIONES EXCEPTUANDO ALGUNOS CASOS COMO LO SON: ESCUELAS NORMALES, H. AYUNTAMIENTOS, DEPENDENCIAS Y ESCUELAS QUE TENGAN VARIAS SEDES)
     + **RECURSOS:**
       1. **HUMANOS:** SE REFIERE AL NÚMERO ESPECIFICO DE PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL REQUERIDOS ESPECIFICANDO POR CARRERAS SOLICITADAS.

ASÍ COMO ESPECIFICAR EL HORARIO QUE VAN A CUBRIR LOS PASANTES, TOMANDO EN CUENTA QUE SON 4HR DIARIAS DE LUNES A VIERNES EN UN PERIODO NO MENOR A 6 MESES, EL SERVICIO SOCIAL NO SE PUEDE TERMINAR ANTES DEL TIEMPO MENCIONADO AUN CUANDO SE PRETENDA REALIZAR MAS DE LAS HORAS ESTABLECIDAS.

(NO SE ACEPTAN PROGRAMAS INDIVIDUALES, ES DECIR QUE SOLO SE ACEPTE UN PRESTADOR.)

* + - 1. **MATERIALES:** SE REFIERE AL COMPROMISO DE PROPORCIONAR EL MATERIAL Y EQUIPO DE OFICINA Y/O DIDÁCTICO NECESARIO PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES.
         * **PROPUESTAS DE EVALUACIÓN:** (EN ESTE APARTADO SE DEJA LA SIGUIENTE LEYENDA TAL CUAL, SIN ADICIONAR INFORMACION)

DEBERÁ REALIZARSE DE MANERA PERMANENTE EN COORDINACIÓN CON LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIO SOCIAL Y PASANTES.

* + - * + **NOMBRE COMPLETO, FIRMA DEL COORDINADOR, CARGO QUE DESEMPEÑA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN:** EN CASO DE NO CONTAR CON ELLOS NO SE DARÁN VALIDES A LOS DOCUMENTOS Y NO SERÁN ACEPTADOS.