

|  |
| --- |
| DEPARTAMENTO DE GESTION TECNOLÓGICA Y VINCULACIONOFICINA DE SERVICIO SOCIAL Y DESARROLLO COMUNITARIO |

# PROGRAMAS DE PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL

UNIDAD RECEPTORA INTERNA

|  |
| --- |
| DEPENDENCIA RECEPTORA: (1) |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA: (2) |
| DEPARTAMENTO O AREA: (3) |
| NOMBRE DE JEFE DEPTO. O AREA: (4) |
| MARCAR CON UNA **X** LA INSTITUCION A QUE NIVEL PERTENECE: (5)  **( ISF )**INST. SUPERIOR FEDERAL  **(C)** COMUNITARIO |
| DIRECCIÓN: (6) TELEFONO: (7)  CORREO ELECTRONICO: (8) FAX: (9) |
| NOMBRE DEL PROGRAMA : (10)  NOTA: SE DEBE LLENAR UN FORMATO POR CADA PROGRAMA |
| OBJETIVO:(11) |
| ACTIVIDADES: (12)  **HOJA ANEXA.** |
| CARRRERA: (13) No. DE ESTUDIANTES : (14)  TURNOS: (15) TOTAL: (16) |
| VIGENCIA DEL PROGRAMA: (17) FECHA DE SOLICITUD: (18) |
| RESPONSABLE DIRECTO DEL SELLO DE FIRMA DEL JEFE DEL DEPTO.  PROGRAMA: DEPENDENCIA (22) O AREA:    NOMBRE: (19) NOMBRE:(23)  CARGO: (20)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA (21) FIRMA: (24) |
|  |

NOTA: **ESTE DOCUMENTO DEBERA TRAER SELLO Y FIRMAS ORIGINALES . NO UTILIZANDO  FACSIMIL , ABREVIATURAS NI ENMENDADURAS. LOS PROGRAMAS TENDRAN VIGENCIA 6 DE MESES .**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| NÚMERO | DESCRIPCIÓN |
| 1 | Anotar el nombre completo de la Dependencia(unidad receptora) |
| 2 | Anotar el nombre del responsable de la Dependencia. |
| 3 | Anotar el departamento o área de la unidad receptora donde se realizará el S.S. |
| 4 | Anotar el nombre del jefe de departamento o Area . |
| 5 | Marcar con X el nivel de la dependencia o Institución |
| 6 | Anotar la dirección de la unidad receptora |
| 7 | Anotar el teléfono de la unidad receptora |
| 8 | Anotar el correo electrónico |
| 9 | Anotar el número de fax de la unidad receptora |
| 10 | Anotar el nombre del programa en el que se realizará el servicio social |
| 11 | Anotar el objetivo para el cual fue solicitado el servicio social |
| 12 | Anotar (hoja anexa) todas las actividades a realizar en dicho programa |
| 13 | Indicar cual es el carrera del prestador del servicio social |
| 14 | Anotar cuantos estudiantes requiere |
| 15 | Anotar el turno que los requieren (matutino/vespertino) |
| 16 | Anotar el total de estudiantes solicitados |
| 17 | Anotar la vigencia(duración del programa 6 meses ) |
| 18 | Anotar la fecha de solicitud |
| 19 | Anotar el nombre del responsable directo del programa |
| 20 | Anotar el cargo del responsable directo del programa |
| 21 | Firma del responsable directo del programa |
| 22 | Sello de la unidad receptora |
| 23 | Nombre del Jefe de Departamento o Area |
| 24 | Firma del jefe de departamento o Area |