

GUÍA GENERAL PARA LA INSTRUMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE SERVICIO SOCIAL

I. DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA

- **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** SE DEBE COLOCAR NOMBRE COMPLETO DE LA INSTITUCIÓN.
- **NATURALEZA JURÍDICA** (DEPENDENCIA FEDERAL, ESTATAL, MUNICIPAL; ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DEL GOBIERNO FEDERAL, ESTATAL O MUNICIPAL, ASOCIACIÓN CIVIL O INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA, DEBIENDO PRESENTAR EL ACTA CONSTITUTIVA Y ACREDITAR LA PERSONALIDAD JURÍDICA, EN EL CASO DE TRATARSE DE LAS DOS ÚLTIMAS), ADEMÁS UN OFICIO DE VIGENCIA EXPEDIDO POR LA JUNTA DE ASISTENCIA PRIVADA DEL ESTADO DE MICHOACÁN), INDEPENDIENTEMENTE DE QUE SE DEDUZCA DE LA RAZÓN SOCIAL CONSIGNADA EN EL MEMBRETE DE LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE.
- **TITULAR**
- **COORDINADOR Y RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL**
- **DOMICILIO** (CALLE, NÚMERO, COLONIA, CIUDAD. MUNICIPIO, C.P.)
- **TELÉFONO (S) FAX**
- **CORREO ELECTRÓNICO**

NOTA: EL PROGRAMA SE REALIZA EN HOJAS MEMBRETADA DEBEN CONTAR CON FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZARÁ EL SERVICIO SOCIAL, ES IMPORTANTE NO MANEJAR INFORMACIÓN DEL PASANTE YA QUE ESTE PROGRAMA ES PARA DAR DE ALTA SOLO LA INSTITUCIÓN PARA QUE PUEDA RECIBIR PASANTES)

II. DEL PROGRAMA

- **NOMBRE DEL PROGRAMA:** DEBERÁ SER CLARO Y PRECISO.
- **JUSTIFICACIÓN:** EXPLICAR LA NECESIDAD DEL PROGRAMA Y EL IMPACTO SOCIAL QUE SE OBTENDRÁ.
- **OBJETIVOS:** EXPRESAR DE MANERA CLARA LOS PROPÓSITOS QUE SE PRETENDAN LOGRAR.
- **CARRERA (S) O PERFILES ACADÉMICOS REQUERIDOS:** DEBE SER ESPECÍFICOS Y CLAROS CON LAS CARRERAS REQUERIDAS.
- **ACTIVIDADES:** SE ESTABLECERÁN DE ACUERDO AL PROGRAMA Y COLOCAR LAS ACTIVIDADES POR CARRERAS MENCIONADAS.
- **METAS:** EXPRESIÓN CUANTIFICABLE DE LOS RESULTADOS QUE SE ESPERAN OBTENER.
- **BENEFICIOS QUE OBTENDRÁ EL PASANTE**
 - 1. **ACADÉMICOS:** ASESORÍA, TALLERES, CURSOS, ETC.
 - 2. **ECONÓMICOS:** BECAS, VIÁTICOS, ETC.
 - 3. **OTROS**
- **UNIVERSO DE TRABAJO:** LUGAR DONDE SE REALIZARÁN LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO, ÁREA DE INFLUENCIA DEL PROGRAMA.
- **RECURSOS:**
 - 1. **HUMANOS:** SE REFIERE AL NÚMERO DE PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL REQUERIDOS ESPECIFICANDO POR CARRERAS SOLICITADAS, ASÍ COMO ESPECIFICAR EL HORARIO QUE VAN A CUBRIR LOS PASANTES YA QUE DEBE SER DE 4 HORAS 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 MÁS DE LAS HORAS ESTABLECIDAS, NO SE ACEPTAN PROGRAMAS INDIVIDUALES TOMANDO COMO PROGRAMA ELABORADO MÁS DE DOS PASANTES
 - 2. **MATERIALES:** SE REFIERE AL COMPROMISO DE PROPORCIONAR EL MATERIAL Y EQUIPO DE OFICINA Y/O DIDÁCTICO NECESARIO PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA.
- **PROPUESTAS DE EVALUACIÓN:** DEBERÁ REALIZARSE DE MANERA PERMANENTE EN COORDINACIÓN CON LA DIRECCIÓN DE SERVICIO SOCIAL Y PASANTES. (EN ESTE APARTADO SE DEJA IGUAL NO SE MODIFICA)
- **NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE O COORDINADOR, CARGO QUE DESEMPEÑA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN:** EN CASO DE NO CONTAR CON ELLOS NO SE DARÁ VALIDEZ A LOS DOCUMENTOS Y NO SERÁN ACEPTADOS.

EL PROGRAMA DEBERÁ PRESENTARSE CON SOLICITUD DE REGISTRO, DIRIGIDO AL Ing. Alejandro Cruz Ferreyra, SUBDIRECTORA DE SERVICIO SOCIAL Y PASANTES DEL GOBIERNO DE MICHOACÁN DE OCAMPO, FORMATO LIBRE (NO DEBE LLEVAR INFORMACIÓN DEL PASANTE), EN PAPEL MEMBRETADO, SELLADO Y FIRMADO POR EL TITULAR.

