

ALTA DE PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL DE BECARIOS

(Este formato deberá ser llenado únicamente por Profesores (as) de Tiempo Completo, Encargados (as) de Laboratorio, Coordinadores (as) de Área y Enfermería que requieran estudiantes para Servicio Social, podrán llenarlo también Titulares de Área que lleven Proyectos Especiales que requieran más estudiantes de Servicio Social de los 5 asignados (as) por Reglamentación)

NOMBRE DEL PROGRAMA O PROYECTO:															
DESCRIPCIÓN:															
OBJETIVO:															
¿EL (LA) PRESTADOR(A) REQUIERE CAPACITACIÓN? NO () SI () ¿EN QUÉ CONSISTE?															
¿SE LE PROPORCIONARÁN RECURSOS MATERIALES AL (A LA) PRESTADOR (A)? NO () SI () ¿EN QUÉ CONSISTE?															
CALENDARIZACIÓN Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES															
DURACIÓN DEL PROGRAMA (EN HORAS): _____															
No.	ACTIVIDADES RELEVANTES	Año:		Año:											
		Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct		
1															
2															
3															
4															
5															
FECHA DE INICIO DEL PROGRAMA _____							FECHA DE TÉRMINO _____							*Preferentemente anual	
¿SE ELABORARÁ REPORTE DEL PROGRAMA? NO () SI ()															
¿EN QUÉ CONSISTE?															
NÚM. DE ESTUDIANTES REQUERIDOS PARA IMPLEMENTAR EL PROGRAMA: _____ FAVOR DE ENLISTAR ESTUDIANTES AL FINAL (máximo 5 estudiantes, En caso de que se requieran más estudiantes anexar solicitud por escrito de la o el Titular del Área).															
OBSERVACIONES:															

No.	Nombre	Carrera	Grado y grupo
1			
2			
3			
4			
5			

Paso 1: Llenado del Formato por el (la) Responsable del Programa

Paso 2: Autorización por el (la) Titular del Área

Paso 3: Entrega del Formato al Departamento de Servicios Bibliotecarios y Apoyos Estudiantiles adjuntando el RESBA10 Carta de Aceptación de Servicio Social de

Becario por parte de la o el encargado de Programa

Paso 4: Autorización del Programa por Rectoría

Paso 5: Operación del Programa de Servicio Social

Nombre y Firma: Titular de Rectoría
Autorización

Nombre y Firma: Titular de Área
Vo. Bo.

Nombre y Firma: Responsable
del Programa