|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. DATOS DEL PRESTADOR E INSTITUCIÓN EDUCATIVA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1.- Fecha: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | No. de Registro Estatal de Servicio Social: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | 2.- Nombre: | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Correo Electrónico: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Edad: | | |  | | | | | | Sexo: | | |  | | |  |
|  | 3.- Carrera: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Matrícula: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 4.- Porcentaje de créditos cubiertos a la fecha: | | | | | | | | | | | | | % | | | | | | | | | | | | | | Promedio: | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **II. DATOS DE LA ENTIDAD RECEPTORA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 5.- Nombre de la Entidad Receptora: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Federal | | |  | | | Estatal | | |  | | | Municipal | | | | |  | | | Sector Privado | | | | | | |  | | | I.E. | | | |  | | | I.P | | |  |  | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 6.- Unidad Administrativa Responsable: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 7.- Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 8.- Municipio: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono: | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | Correo electrónico: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 9.-Funcionario responsable del programa y cargo: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 10.- Programa en el que participará el prestador: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | Salud | | | | | | | | | | |  | | Educación, arte, cultura y deporte | | | | | | | | | | | | | |  | Alimentación y Nutrición | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | Vivienda | | | | | | | | | | |  | | Empleo y capacitación del trabajo | | | | | | | | | | | | | |  | Apoyo a proyectos productivos | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | Gobierno, justicia y seguridad pública | | | | | | | | | | |  | | Derechos humanos | | | | | | | | | | | | | |  | Política y planeación económica y social | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | Medio ambiente | | | | | | | | | | |  | | Asistencia y seguridad social | | | | | | | | | | | | | |  | Desarrollo urbano | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | Desarrollo Tecnológico | | | | | | | | | | |  | | Infraestructura hidráulica y de saneamiento | | | | | | | | | | | | | |  | Pueblos indígenas | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | Grupos vulnerables con capacidades diferentes, infantes y tercera edad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Comercio, abasto y almacenamiento de productos básicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 11.- Actividades que desarrollará el prestador: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | En que horario: | | | | | Lunes a Viernes | | | | | | | | | | |  | | Sábado, Domingo, Días Festivos | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | de | |  | | a | | |  | | | |  | | | | | | | de | |  | | | a |  | | | | |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 12.- Período de Prestación: | | | | | | | | del: | |  | | | | | |  | | |  | | | | | al: | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | |  |
|  | Día Mes Año Día Mes Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 13.- Horas de duración del programa o proyecto: | | | | | | | | | | | | | | | | 500 horas: | | | | |  | | Otras | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **14.- Por la Entidad Receptora** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **15.- Nombre y firma del Prestador** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | **16.- Por la Institución Educativa**  Jefe/a del Departamento de Servicio Social y Residencias Profesionales del TESI | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **ESTE FORMATO DEBERÁ SER LLENADO A COMPUTADORA TRAMITE GRATUITO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **No.** | **DESCRIPCIÓN** |
| **DATOS DEL PRESTADOR E INSTITUCIÓN EDUCATIVA** | |
| 1 | Anotar la fecha de elaboración del formato.  El No. de Registro Estatal de Servicio Social es asignado por el Departamento de Servicio Social y Residencias Profesionales del TESI (no capturar ningún dato). |
| 2 | Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s). Correo electrónico, edad y género. |
| 3 | Anotar la carrera que se cursa sin abreviaturas y el número de matrícula. |
| 4 | Anotar el porcentaje de créditos y el promedio que indica la Constancia de Estudios del semestre vigente. |
| **DATOS DE LA ENTIDAD RECEPTORA** | |
| 5 | Anotar el nombre de la dependencia o empresa donde se realizará el Servicio Social.  Elegir el sector al que pertenece **(Federal, Estatal, Municipal, Sector Privado [Persona Moral o Persona física con actividad empresarial].** |
| 6 | Anotar el área o Departamento asignado donde desarrollará el Servicio Social. |
| 7 | Anotar el domicilio de la dependencia o empresa donde se realizará el Servicio Social, iniciando por calle, Núm. interior, Núm. exterior, colonia, C.P., localidad e indicar entre que calles se ubica. |
| 8 | Anotar el municipio donde se ubica la dependencia o empresa, número telefónico y correo electrónico. |
| 9 | Anotar el nombre completo del responsable del prestador de Servicio Social, precedido de su **grado académico** abreviado, e indicar el **cargo** que desempeña. |
| 10 | Elegir de acuerdo con las actividades a desempeñar en el Servicio Social, el programa que corresponda. |
| 11 | Anotar mínimo 3 actividades a desarrollar, y seleccionar el horario de prestación (lunes a viernes o fines de semana y días festivos). **No debe exceder de 4 horas al día.** |
| 12 | Seleccionar los días en los que se asistirá y anotar el periodo de prestación del Servicio Social, el cual deberá ser de mínimo 6 meses completos, máximo dos años.  **La fecha de inicio será tres semanas después del día en que se entrega el formato.** |
| 13 | Indicar cuántas horas durará la prestación del Servicio Social. |
| 14 | Nombre y firma de la persona responsable del prestador, mencionado en el numeral 9, así como el sello de la dependencia o empresa. |
| 15 | Anotar nombre completo y firma de la/del estudiante. |
| 16 | Nombre y firma de la/del Responsable del Departamento de Servicio Social y Residencias Profesionales del TESI. |