



Nº de sesión: _____ Fecha de Aprobación: _____ Clave de aprobación: _____
Numero de sesión: _____

Institución receptora de los prestadores (as)

Nombre: []
Calle y Número: [] Colonia: []
Delegación o Municipio: [] Código Postal []
Entidad Federativa: [] Teléfono: []
Página Web: [] E-mail: []

Datos generales del proyecto

I. Determinación (Nombre): []

II. Justificación: []

III. Objetivos: []

IV. Lugar de realización del servicio social

Lugar: []

Ubicación del prestador (a): [] Oficina [] Campo [] Laboratorio [] Zona Rural [] Zona Urbana

V. Duración | Etapas

[] Un Año [] Dos Años [] Tres Años []

VI. Licenciatura que comprende
VII. Numero de participantes

Licenciatura	Cupo	Actividades
ADMINISTRACIÓN		
ANTROPOLOGÍA SOCIAL		
CIENCIA POLÍTICA		
ECONOMÍA		
FILOSOFÍA		
GEOGRAFÍA HUMANA		
HISTORIA		
LETRAS HISPÁNICAS		
LINGÜÍSTICA		
PSICOLOGÍA SOCIAL		
SOCIOLOGÍA		

VIII. Recursos necesarios

Computadora

Escritorio

Otro
(especifique):

Apoyo Económico

Si

No

Cantidad: \$

Indique por cuantos meses:

Otros apoyos
(Especifique):

IX. Asesor o asesores responsables

Nombre (s)	Cargo	Teléfono	e-mail	Firma

Firmas indistintas:

Si No

Sello de la institución

X. Tiempo de dedicación

Matutino Vespertino Mixto Fin de Semana

XI. Criterios de evaluación

(Cumplimiento de Objetivo,
Nº de Beneficiarios, Impacto
Academico, Impacto Social y
Otros Especifique)

Criterio de Evaluación a
Prestadores (as)

Oficina Divisional de Servicio Social

Nombre (s), firma y sello

Asesor (a) de la UAM

Nombre (s), firma, sello y nº economico

Observaciones del órgano colegiado

APROBADO
 NO APROBADO

Observaciones:

Nota: En el caso de A.C. favor de anexar copia del acta constitutiva