**INSTITUTO TECNOLÓGICO DE DELICIAS**

**GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN**

**SOLICITUD DE PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RFC Y NOMBRE DE LA INSTANCIA: (1)  |   | RESPONSABLE DE LA INSTANCIA: (2  |
|   |   |   |
| DOMICILIO DE LA INSTANCIA:   (3)        |   | TELÉFONO DE LA INSTANCIA: (4)  |
|   |   |   |
| CORREO ELECTRÓNICO DEL DE LA INSTANCIA: (5)  |   | ÁREA/DEPARTAMENTO : (6)  |
|   |   |   |
| NOMBRE DEL PROGRAMA: (7)  |   | OBJETIVO DEL PROGRAMA: (8)  |
| ENNUMERE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR |  |  |
|   |
| IMPACTO SOCIAL: (9)  |
|   |   |   |
| RESPONSABLE DEL PROGRAMA: (10)  |   | CORREO ELECTRÓNICO DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA: (11)  |
|   |   |   |   |   |
| COMPENSACIÓN ECONÓMICA (SI APLICA): (12)  |   | BENEFICIARIOS DIRECTOS: (13)  |   | BENEFICIARIOS INDIRECTOS: (14)  |
|   |   |   |   |   |
| FECHA SOLICITUD (DD/MM/AA):           (15)  |   | FECHA DE INICIO DEL PROGRAMA (DD/MM/AA):        (16)  |   | FECHA DE TERMINO DEL PROGRAMA:                     (17)  |

RESPONSABLE DEL PROGRAMA          RESPONSABLE DE LA INSTANCIA

\_\_\_\_\_\_\_(18)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                        \_\_\_\_\_\_\_\_(19)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DEP. DE GESTION TEC. Y VINCULACIÓN

\_\_\_\_\_\_\_\_(20)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número**  | **Descripción**  |
| 1  | Anotar el RFC y nombre de la instancia  |
| 2  | Anotar el nombre del responsable/titular de la instancia  |
| 3  | Anotar el domicilio de la instancia donde se realizará el Servicio Social  |
| 4  | Anotar el teléfono de la instancia donde se realizará el Servicio Social  |
| 5  | Anotar el correo electrónico oficial del responsable/titular de la instancia  |
| 6  | Anotar el área/departamento donde se realizará el Servicio Social  |
| 7  | Anotar el nombre del Programa de Servicio Social, por ejemplo: “Control Digital de Expedientes Clínicos”  |
| 8  | Anotar el objetivo del Programa de Servicio Social, por ejemplo: “crear una plataforma digital para la administración de expedientes clínicos” y enumere las actividades a realizar |
| 9  | Anotar el impacto social, ecológico, económico o técnico-científico con el cual el Programa de Servicio Social contribuye al desarrollo sustentable, por ejemplo: “eliminar el extravío de expedientes clínicos, reducir los tiempos de consulta de los mismos, reducir espacio de almacenamiento y el consumo de papel”  |
| 10  | Anotar el nombre del responsable directo (asesor del Servicio Social) del Programa de Servicio Social en el que participarán los estudiantes  |
| 11  | Anotar el correo electrónico del responsable directo  |
| 12  | Anotar si se otorgará una compensación económica/beca a los prestadores de Servicio Social, en caso de no existir dejar en blanco  |
| 13  | Anotar un estimado del número de beneficiarios directos, por ejemplo: “300 pacientes”  |
| 14  | Anotar un estimado del número de beneficiarios indirectos, por ejemplo: “15 médicos”  |
| 15  | Fecha de elaboración de la solicitud  |
| 16  | Fecha de inicio de los prestadores de Servicio Social  |
| 17  | Fecha de término de los prestadores de Servicio Social (considerar una duración de 6 meses o más)  |
| 18  | Nombre, cargo y firma del responsable del Programa de Servicio Social   |
| 19  | Nombre, cargo y firma del responsable/titular de la instancia y sello oficial  |
| 20  | Nombre, cargo y firma del responsable/titular del Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación y sello oficial   |
| 21  | Anotar el número de prestadores de Servicio Social requeridos, correspondientes a cada carrera y al tipo de actividades que desarrollarán  |
| 22  | Anotar el subtotal de prestadores de Servicio Social por tipo de actividad  |
| 23  | Anotar el subtotal de prestadores de Servicio Social por carrera  |
| 24  | Anotar el número total de prestadores de Servicio Social solicitados  |