

**SOLICITUD EXTERNA DE SERVIDORES SOCIALES**  
**Llenar una solicitud por cada programa de servicio social declarado**

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ASOCIACIÓN CIVIL: <b>(1)</b>		DOMICILIO: <b>(2)</b>	
RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA: <b>(4)</b>		TELEFONO: <b>(3)</b>	
RESPONSABLE DIRECTO DEL PROGRAMA EN EL PARTICIPARAN LOS SERVIDORES: <b>(6)</b>		CORREO ELECTRÓNICO DEL RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA: <b>(5)</b>	
AREA/DEPARTAMENTO: <b>(8)</b>		CORREO ELECTRÓNICO DEL RESPONSABLE DIRECTO: <b>(7)</b>	
NOMBRE DEL PROGRAMA: <b>(10)</b>		OFICINA O SECCION: <b>(9)</b>	
OBJETIVO: <b>(12)</b>		IMPACTO SOCIAL: <b>(11)</b>	
COMPENSACIÓN ECONOMICA DE: <b>(13)</b> (NO OBLIGA)		NUMERO DE BENEFICIARIOS: DIRECTOS <b>(14)</b> _____ INDIRECTOS <b>(15)</b> _____	
FECHA SOLICITUD (DD/MM/AA): <b>(16)</b>		FECHA DE INICIO DELPROGRAMA (DD/MM/AA): <b>(17)</b>	
FECHA DE TERMINO DEL PROGRAMA (DD/MM/AA): <b>(18)</b>			
RESPONSABLE DEL PROGRAMA		Vo. Bo.	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <b>(19)</b>            Firma mediante registro de firma digital Qr            del usuario responsable del Programa         </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <b>(20)</b>            Firma mediante registro de firma digital Qr            Jefatura de Gestión Tecnológica y Vinculación         </div>	
VALIDADO POR			
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <b>(21)</b>            Firma mediante registro de firma digital Qr            Subdirección de Planeación y Vinculación         </div>			

FOLIO ASIGNADO: (22) \_\_\_\_\_

En la celda correspondiente Indique la cantidad de prestadores de Servicio Social requeridos de conformidad al tipo de actividad que desarrollaran y carrera

TIPO DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR:	CARRERAS QUE ACTUALMENTE OFRECEN PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL											Subtotal por actividad	
	Admón..	Conta.	Bioquímica	Eléctrica	Electrónica	Industrial	Informática	Materiales	Mecánica	Sistemas	TIC's		IGE
Apoyo Administrativo	(23)												(24)
Apoyo a la Investigación													
Apoyo a la Salud													
Apoyo a Laboratorio													
Atención a Usuarios/Clientes													
Cuidado al Medio Ambiente													
Desarrollo Comunitario													
Desarrollo de Sistemas/Software													
Educación para Adultos													
Elaboración de Proyectos													
Programas de Contingencia													
Mantenimiento de Equipo e Instalaciones													
Promoción Cultural													
Promoción Deportiva													
Otras (especifique):													
Subtotal por carrera	(25)												
<b>TOTAL DE PRESTADORES SOLICITADOS</b>													(26)

Horario en que se requiere acudan los servidores sociales:

Por la mañana: (27) \_\_\_\_\_

Por la Tarde: (28) \_\_\_\_\_

Indistinto: (29) \_\_\_\_\_

INSTRUCTIVO DE LLENADO

NUMERO	NOMBRE
1	Anotar el nombre de la instancia (dependencia o asociación civil).
2	Anotar el domicilio de la instancia donde se realizará el Servicio Social.
3	Anotar el teléfono de la instancia donde se realizará el Servicio Social.
4	Anotar el nombre del responsable/titular de la instancia.
5	Anotar el correo electrónico oficial del responsable/titular de la instancia.
6	Anotar el nombre del responsable directo (asesor del Servicio Social) del Programa de Servicio Social en el que participarán los estudiantes.
7	Anotar el correo electrónico del responsable directo.
8	Anotar el área/departamento donde se realizará el Servicio Social.
9	Anotar la oficina/sección donde se realizará el Servicio Social.
10	Anotar el nombre del Programa de Servicio Social, por ejemplo: "Control Digital de Expedientes Clínicos".
11	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".
12	Anotar el objetivo del Programa de Servicio Social, por ejemplo: "crear una plataforma digital para la administración de expedientes clínicos".
13	Anotar si se otorgará una compensación económica/beca a los prestadores de Servicio Social, en caso de no existir dejar en blanco.
14	Anotar un estimado del número de beneficiarios directos, por ejemplo: "300 pacientes".
15	Anotar un estimado del número de beneficiarios indirectos, por ejemplo: "15 médicos".
16	Fecha de elaboración de la solicitud.
17	Fecha de inicio de los prestadores de Servicio Social.
18	Fecha de término de los prestadores de Servicio Social (considerar una duración de 6 meses).
19	Firma del responsable del Programa de Servicio Social (Qr)
20	Firma del Jefe del Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación del Instituto Tecnológico de Morelia (Qr)
21	Firma del Subdirector de Planeación y Vinculación del Instituto Tecnológico de Morelia(Qr)
22	Anotar el folio de solicitud (asignado por el Depto. de Gestión Tecnológica y Vinculación).

23	Anotar el número de prestadores de Servicio Social requeridos correspondientes a cada carrera y al tipo de actividades que desarrollarán.
24	Anotar el subtotal de prestadores de Servicio Social por tipo de actividad.
25	Anotar el subtotal de prestadores de Servicio Social por carrera.
26	Anotar el número total de prestadores de Servicio Social solicitados.
27	Marcar con una X para indicar si el horario para los prestadores de Servicio Social será en la mañana.
28	Marcar con una X para indicar si el horario para los prestadores de Servicio Social será en la tarde.
29	Marcar con una X para indicar si el horario para los prestadores de Servicio Social es indistinto entre mañana y tarde.

**NOTA:** Elaborar en hoja membretada.