CLAVE

SOLICITUD DE REGISTRO DE PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL / PRÁCTICA PROFESIONAL 2025

Universidad Nacional Autónoma de México

Secretaría de Atención a la Comunidad Universitaria

Dirección General de Orientación y Atención Educativa

**La información señalada con un \* es la mínima necesaria para continuar con el registro. Sin ella no se puede guardar en sistema**

Llenar la información utilizando mayúsculas y minúsculas

Eliminar los textos marcados en rojo en su documento final

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN** | 1\* Sector al que pertenece: Sector Público Sector Social  |
| 2**\*** Institución u organismo social:Universidad Nacional Autónoma de México |
| 3\* Dependencia ejecutora:Facultad de Medicina |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE LOS RESPONSABLES** | 4**\*** Coordinador del Servicio Social en la Dependencia Ejecutora:Dra. Gabriela Borrayo Sánchez |
| 5**\*** Cargo:Secretaria General |
| 6**\*** Domicilio laboral. Calle y número:Edificio B, 1er piso, Facultad de Medicina, UNAM | 7**\*** Colonia:Universidad Nacional Autónoma de México |
| 8**\*** C.P.:04510 | 9**\*** Delegación o municipio:Coyoacán | 10**\*** Entidad federativa:Ciudad de México |
| 11**\*** Teléfono:55 5623 2403 | 12 Fax:5623 2155 | 13**\*** E-mail:secretariageneralfacmed@unam.mx |
| 14**\*** Responsable de programa y alumnos: |
| 15**\*** Cargo: | 16**\*** Profesión: |
| 17**\*** Domicilio laboral. Calle y número: Agregar además la ubicación del laboratorio/oficina: Nombre/número, edificio y piso) | 18**\*** Colonia: |
| 19**\*** C.P.: | 20**\*** Delegación o municipio: | 21**\*** Entidad federativa: |
| 22**\*** Teléfono: (De oficina o Laboratorio) | 23 Fax: | 24**\*** E-mail: (Sólo uno) |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN DGENERAL DEL PROGRAMA** | 25**\*** Nombre: (de 10-255 caracteres, no palabras) |
| 26**\*** Objetivo: (de 20-350 caracteres, no palabras) |
| 27**\*** Ejes de acción: (Seleccione sólo uno): |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Arte Cultura y Recreación |  |  | Educación |  |  | Modernización, Automatización y Fortalecimiento de la Administración Pública |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ciencia, Tecnología e Innovación |  |  | Equipamiento e InfraestructuraUrbana y Rural |  |  | Salud |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Derecho Humanos, Seguridad Públicay Jurídica |  |  | Medio Ambiente y Desarrollo Sustentable |  |  | Seguridad Alimentaria |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Desarrollo Social |  |  | Medios de Comunicación |  |  | Seguridad Energética |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Desarrollo de Investigación |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL PROGRAMA** | 28**\*** Ubicación del prestador: |
|  |  | Gabinete |  |  | Laboratorio |  |  | Oficina |  |  | Escuela o Facultad |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Campo / Investigación |  |  | Localidad / Residencia |  |  | Localidad / Brigada |  |  | Otro, especifique: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 29**\*** Entidad federativa: | 30**\*** Delegación o municipio: | 31**\*** Colonia o localidad: |
|  |  |  |
| 32\* Domicilio completo (Calle, Numero y C.P.) (Agregar además la ubicación del laboratorio/oficina: Nombre/número, edificio y piso) | 33\* Modalidad A Distancia Presencial Por proyecto Hibrido |
| 34\* ¿Las actividades se realizarán dentro de las instalaciones de la UNAM?  Si No | 35\* Tipo de programa (Seleccione solo uno) Servicio Social Prácticas Profesionales |
| 36**\*** Días: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Fines de semana | 37**\*** Turno: Matutino Vespertino Flexible/ Mixto |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POBLACIONES BENEFICIADAS** | 38**\*** Alcance del programa: | 39**\*** Asentamiento: | 40**\*** Tipo de atención |
|  |  |  |
|  |  | Nacional |  | Regional |  | Estatal |  | Local |  |  | Urbano |  | Rural |  |  | Directa |  | Indirecta |
|  |  |  |
| 41**\*** Por edad: Infantes Adolescentes Juventudes Adultos Adultos Mayores |
| 42\* ¿Atiende a población vulnerada?  No  Sí ¿Cuál?  |

|  |  |
| --- | --- |
| **APOYOS QUE BRINDA EL PROGRAMA**  | 43 Apoyos a prestadores: |
|  EconómicoMonto total Patrocinador: | Acompañamiento AcadémicoAsesoríaCursos complementariosAtención MédicaImpresión de tesisServicio de comedor |  Otros, especifique (de 4-100 caracteres, no palabras): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 44\* Competencias a desarrollar por las y los practicantes durante el programa (Debe contener máximo 7 competencias) |
| **Personales**( ) Adaptabilidad( ) Aprendizaje continuo( ) Confianza( ) Energía( ) Impacto( ) Iniciativa( ) Integridad( ) Tolerancia al estrés( ) Tenacidad | **Interpersonales**( ) Asesoría( ) Comunicación( ) Trabajo en equipo**De** **liderazgo**( ) Liderazgo( ) Compartiendo responsabilidad( ) Participación en reuniones | **Toma de decisiones**( ) Toma de decisiones( ) Planeación y organización**De negocios/ventas**( ) Orientación al cliente( ) Habilidad de persuasión |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ACTIVIDADES POR CARRERA SOLICITADA | 45\* Carreras solicitadas:* El sistema registra las actividades por cada licenciatura, por lo que deben distinguirse claramente las actividades entre las carreras
* Sólo se puede registrar en el SIASSyPP carreras y ETEs de la UNAM

**Licenciaturas**:* <http://oferta.unam.mx/indice-alfabetico.html>

**ETEs*** <http://www.ete.enp.unam.mx/QETE.html>
 | 46\* No. de prestadores por carrera(considere los lugares que requerirá, hasta el siguiente registro de programas de SS) | 47\* Actividades por carrera: **5 actividades mínimo por cada carrera**. Cada Actividad deberá tener entre 4 - 255 caracteres, no palabras. Las actividades a realizar entre las licenciaturas no pueden ser las mismas, debido a que su formación es diferente. Pueden compartir algunas, pero en general deberán diferenciarse entre sí (es un requisito que nos pide DGOAE). Le recomiendo que al menos dos actividades sean exclusivas y enfocadas al perfil de cada carrera. |
| **Ejemplo**QuímicaQuímica en AlimentosEstudio Técnico Especializado (ETE):Análisis Clinicos  | 212 |  1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
 |

**La información señalada con un \* es la mínima necesaria para continuar con el registro.**