SOLICITUD DE REGISTRO DE PROGRAMA

DE PRÁCTICAS PROFESIONALES 2024

**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**\*** Coordinadora del Servicio Social en la Dependencia Ejecutora:Dra. Irene Durante Montiel |
| 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**\*** Alcaldía o Municipio:Coyoacán | 10**\*** Entidad Federativa:Ciudad de México |
| 11**\*** Teléfono:56232403 | 12 Fax:5623 2155 | 13**\*** E-mail:secretariageneralfm@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**\*** Alcaldía o Municipio: | 21**\*** Entidad Federativa: |
| 22**\*** Teléfono: (De oficina o Laboratorio) | 23 Fax: | 24**\*** E-mail: (Sólo uno) |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL PROGRAMA** | 4**\*** Nombre: (de 10-255 caracteres, no palabras) |
| 5\* Área (Hasta 75 caracteres, no palabras) |
| 6**\*** Objetivo: (de 20-350 caracteres, no palabras) |
| 7**\*** Ejes de acción (Seleccione sólo uno): |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Arte, Cultura y Recreación |  |  | Educación |  |  | Fortalecimiento de la Administración Pública |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ciencia, Tecnología e Innovación |  |  | Equipamiento e InfraestructuraUrbana y Rural |  |  | Salud |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Derecho Humanos, Seguridad Públicay Jurídica |  |  | Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible |  |  | Seguridad Alimentaria |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Desarrollo Social |  |  | Medios de Comunicación |  |  | Seguridad Energética |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Desarrollo de Investigación |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 8\* Nivel |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | ( ) Licenciatura |  |  | ( ) Bachillerato E.N.P. |  |  | ( ) Bachillerato CCH |  |
|  |  |  | 9\* Requiere firma de convenio |  |  | Sí ( )  |  |  | No ( )  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL PROGRAMA** | 10**\*** Ubicación del practicante: |
|  |  | Gabinete |  |  | Laboratorio |  |  | Oficina |  |  | Escuela o Facultad |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Campo / Investigación |  |  | Localidad / Residencia |  |  | Localidad / Brigada |  |  | Otro, especifique: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 11**\*** Entidad Federativa: | 12**\*** Alcaldía o Municipio: | 13**\*** Colonia o localidad: |
|  |  |  |
| 14\* Domicilio completo (Calle, Numero y C.P.) (Agregar además la ubicación del laboratorio/oficina: Nombre/número, edificio y piso) |
| 15\* Transporte público cercano al lugar donde se desarrollarán las actividades ( ) Metrobús ( ) Metro ( ) Tren suburbano ( ) Autobuses urbanos ( ) Tren ligero ( ) Colectivos (microbuses y combis) ( ) Otros (¿Cuál?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 16\* Modalidad: Presencial Distancia Por proyecto  |   |
| 17**\*** Días: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo | 18**\*** Turno: Matutino Vespertino Fines de semana |
|  | 19\* Duración de la práctica en meses1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) 9( ) 10( ) 11( ) 12( ) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **APOYO AL PRACTICANTE**  | 20 Apoyos al practicante: |
| ( ) EconómicoMonto por mes: Patrocinador: | ( ) Acompañamiento Académico( ) Asesoría( ) Cursos complementarios( ) Atención Médica( ) Impresión de tesis( ) Servicio de comedor( ) Otros, especifique (de 4-100 caracteres, no palabras) |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ACTIVIDADES POR CARRERA SOLICITADA | 21\* 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 SIAPP carreras y ETEs de la UNAM**

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

ETEs* <http://www.ete.enp.unam.mx/QETE.html>
 | 22\* No. de prestadores por carrera(considere los lugares que requerirá, hasta el siguiente registro de programas de PP) | 23\* 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**QuímicaEstudio Técnico Especializado (ETE):Análisis Clinicos | 21 | 1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
 |
|  | 24\* Competencias a desarrollar por las y los practicantes durante el programa \* (debe contener al menos 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 |  |  |