



FORMATO: SOLICITUD DE REGISTRO DE PROGRAMAS DE SERVICIO SOCIAL FT-SS-01/REV.00

Nota: Deberán llenarse los puntos marcados con asterisco, de lo contrario la solicitud no procederá.

INFORMACION DE LA INSTITUCION	1.-* Nombre de la Institución u organismo social
	2.- *Dependencia ejecutora
	3.- *Área de asignación

INFORMACION DE LOS RESPONSABLES	4.- *Titular de la institución:		
	5.- *Cargo:		
	6.-* Domicilio laboral. Calle y número:		7.- *Colonia:
	8.- *C. P:	9.- *Municipio:	10.- *Entidad Federativa:
	11.-*Teléfono:	12.- Fax:	13.- *E-mail:
	14.- *Responsable directo del programa y prestadores de servicio social:		
	15.- *Cargo:		16.- *Profesión:
	17.-* Domicilio laboral .Calle y numero:		18.- *Colonia:
	19.- *C. P:	20.- *Municipio:	21.-* Entidad Federativa:
	22.- *Teléfono:	23.- Fax:	24.- *E-mail:

INFORMACION DEL PROGRAMA	25.- *Nombre:	
	26.- *Objetivo (s):	
	27.- *Metas o productos finales:	
	28.- Institución que financia el programa:	29.- Aliados estratégicos para el desarrollo del programa:
	<input type="checkbox"/> Gobierno Federal <input type="checkbox"/> Gobierno Municipal <input type="checkbox"/> Institución de Origen <input type="checkbox"/> Gobierno Estatal <input type="checkbox"/> Institución Privada <input type="checkbox"/> Otros, especifique _____	
30.- *Acciones prioritarias (problemas por atender):		
<input type="checkbox"/> Administración pública <input type="checkbox"/> Alimentación <input type="checkbox"/> Asentamientos indígenas <input type="checkbox"/> Cultura, deporte y recreación <input type="checkbox"/> Derechos humanos <input type="checkbox"/> Desarrollo científico y tecnológico	<input type="checkbox"/> Desarrollo urbano <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Fortalecimiento de microrregiones <input type="checkbox"/> Fortalecimiento municipal <input type="checkbox"/> Identidad cultural <input type="checkbox"/> Identidad jurídica <input type="checkbox"/> Otros, especifique _____	<input type="checkbox"/> Infraestructura y servicios urbanos <input type="checkbox"/> Productividad agrícola <input type="checkbox"/> Proyectos productivos <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Seguridad social <input type="checkbox"/> Investigación

Nota: Llenar el formato a mano con letra de molde legible o maquina.

POBLACION BENEFICIADA	31.- *Alcance del programa: <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Local	32.- *Asentamiento: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	33.- *Población: <input type="checkbox"/> Marginada <input type="checkbox"/> No marginada	34.- *Tipo de atención: <input type="checkbox"/> Directa <input type="checkbox"/> Indirecta
	35.- Por edad: <input type="checkbox"/> Adultos mayores <input type="checkbox"/> Adolescentes <input type="checkbox"/> Niños <input type="checkbox"/> Jóvenes <input type="checkbox"/> Adultos	36.- Por genero: No. de hombres _____ No. de mujeres _____	37.- Por numero: Personas: _____ Familias: _____ Grupos sociales: _____	
	38.- Grupos vulnerables: <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Grupos étnicos <input type="checkbox"/> Enfermos <input type="checkbox"/> Indigentes <input type="checkbox"/> Madres solteras adolescentes <input type="checkbox"/> Otros, especifique _____			

APOYO AL PRESTADOR	39.- Apoyo a prestadores: <input type="checkbox"/> Apoyo económico <input type="checkbox"/> Atención medica <input type="checkbox"/> Cursos complementarios <input type="checkbox"/> Alimentación <input type="checkbox"/> Hospedaje Monto total (6meses) _____ <input type="checkbox"/> Otros, especifique _____
--------------------	---

UBICACIÓN DEL PRESTADOR	40.- *Ubicación del prestador: <input type="checkbox"/> Institución de origen <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Localidad / brigada <input type="checkbox"/> Unidad Académica <input type="checkbox"/> Campo / investigación <input type="checkbox"/> Localidad / residencia <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Otros, especifique _____			
	41.- *Entidad federativa:	42.- *Municipio:	43.- *Colonia o localidad:	
	44.- *Días: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo		45.- *Horario <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Fines de semana	
	46.- Características requeridas para el prestador:			

ACTIVIDADES POR PERFIL PROFESIONAL SOLICITADO	47.- *Programas solicitados:	48.- *No de prestadores por programa:	49.- *Actividades a realizar por perfil profesional:
	50.- *Tipo de programa: <input type="checkbox"/> Unidisciplinario <input type="checkbox"/> Multidisciplinario <input type="checkbox"/> Interdisciplinario		

Nombre y Firma del Solicitante