



Universidad Autónoma de Ciencias y Artes de Chiapas
DIRECCIÓN DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL



UNICACH

Registro de Institución para Solicitud de Prestadores de Servicio Social

Datos de la Institución

Unidad Académica: _____
Programa Educativo: _____
Sede: _____
Nombre o Razón Social: _____
Nombre del Titular: _____
Cargo del titular: _____
Dirección: _____
Teléfono y/o Fax: _____

Institución: Fed. ☐ Est. ☐ Muni. ☐ Descent. ☐ Fundac./Asoc. Civil ☐

Datos del Programa

Tipo de Programa	Investigación ☐	Desarrollo Tecnolog. ☐	Docencia ☐
	Capacitación ☐	Proy. Product. ☐	Educ. P/Salud ☐
	P/Trab. ☐	Asist. Social ☐	Otros ☐
	Admón. ☐		
	Aplicada ☐		

Nombre del Programa: _____

Compromiso de la Institución con el Prestador

Nombre del Responsable Directo del Prestador (Jefe Inmediato): _____

Cargo: _____ Teléfono: _____

Monto de la beca ofertada: \$ _____

Horario de trabajo: de _____ a _____ de _____ a _____

Número de prestadores solicitados: _____





Universidad Autónoma de Ciencias y Artes de Chiapas
DIRECCIÓN DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL



UNICACH

Objetivos:

Metas y sectores vulnerables que se atenderán:

Impacto Social y/o Retribución Social (en términos cualitativos y cuantitativos):

Actividades a Desarrollar:

VO. BO.

Nombre, Firma y Sello del Titular del Programa

Nombre, Firma y Sello del Enlace Serv. Soc. de
la Escuela/Sede.

