

Fecha: \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES DE LA DEPENDENCIA O INSTITUCIÓN**

Dependencia o Institución: \_\_\_\_\_

Nombre del titular o responsable: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Área donde está ubicado el Prestador de Servicio: \_\_\_\_\_

Nombre del Proyecto Asignado: \_\_\_\_\_

**PERFIL DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre del Prestador de Servicio: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_ No. de Control: \_\_\_\_\_

Áreas de Oportunidad ó Nombre del Proyecto: \_\_\_\_\_

**ÁREA DE ADSCRIPCIÓN Y PROBLEMÁTICA:**

Blank space for description of the area and problematics.

**ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR:**

Blank space for listing activities to be performed.

**RESULTADOS ESPERADOS DEL PROYECTO:**

Blank space for expected results of the project.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del  
Alumno

\_\_\_\_\_  
Autorizó  
Lic. Jorge Enrique González Lara  
Departamento de Vinculación