



ANEXO TECNICO DE AUTORIZACIÓN PARA EL SECTOR SOCIAL Y PRIVADO

FECHA DE ELABORACIÓN		PERIODO DE EJECUCIÓN	INICIO	DIA	MES	ANO	TÉRMINO	DIA	MES	ANO	PERMANENTE
DEPENDENCIA EJECUTORA				5/ UNIDAD RESPONSABLE							
FUNCIONARIO RECEPTOR DE PRESTADORES											
NOMBRE :						CARGO :					
NOMBRE DEL RESPONSABLE, DEL DEPARTAMENTO											
DIRECCION :						TELÉFONOS :			CORREO ELECTRÓNICO :		
CALLE:						LADA ()					
COLONIA			LOCALIDAD:								
MUNICIPIO			C.P.								

ESTÍMULO ECONÓMICO QUE SERÁ OTORGADO AL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL , MONTO MENSUAL: \$ ____

DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA				OBJETIVOS (IMPACTO SOCIAL)			
No. DE PRESTADORES		DATOS DEL PROYECTO					
PROFESIONAL	TECNICO	PERFIL PROFESIONAL O TÉCNICO DESGLOSADO POR CARRERA			ACTIVIDADES A DESARROLLAR		
1		CARRERA DEL ALUMNO					

RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL EN LA DEPENDENCIA

(NOMBRE, CARGO, FIRMA Y SELLO)

