

**UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA**VICERRECTORÍA EJECUTIVA / COORDINACIÓN DE VINCULACIÓN Y SERVICIO SOCIAL /
UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL**REGISTRO DE PROGRAMA PARA SOLICITUD DE PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL**

Calendario	Folio	Día	Mes	Año
2023A	125286	08	Noviembre	2022
Centro Universitario o Sistema				
CUCS - CENTRO UNIVERSITARIO CIENCIAS DE LA SALUD				

Dependencia
SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL MUNICIPIO DE UNIÓN DE TULA

Tipo de dependencia
MUNICIPAL

Telefono(s)
3163710410

Domicilio de la Dependencia

Calle y número	Colonia	Municipio
AV. MEXICO NORTE 430	CENTRO	300626

Titular del programa

Nombre	Cargo
SR. MARIA CRISTINA RUIZ SANTANA	PRESIDENTA
E-mail	Teléfono(s)
maricris1205@hotmail.es	3171070458

Receptor del programa

Nombre	Cargo
SR. MAYRA GUADALUPE DIAZ SANTOS	DIRECTORA GENERAL
E-mail	Teléfono(s)
difunion2021@hotmail.com	3321997887

Nombre
SERVICIO SOCIAL

Justificación
El servicio que el DIF Municipal presta en todo el municipio es dirigido a las personas más vulnerables y necesitadas en todos los niveles, pero la escasez de personal no nos permite atender como debiéramos esas necesidades.

Objetivos
Atender a pacientes que necesitan rehabilitación física

Área de asignación
Servicio Comunitario

Carrera	Turno	De	Hasta	Solicitados
LIC. EN TERAPIA FISICA	Matutino	09:00	15:00	2

Desglose de actividades a desarrollar

Atención a pacientes con patologías agudas crónicas de salud
Rehabilitación preventiva para evitar lesiones
Parte rehabilitadora durante una lesión en pacientes
Notas terapéuticas
Pláticas de salud preventiva



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

VICERRECTORÍA EJECUTIVA / COORDINACIÓN DE VINCULACIÓN Y SERVICIO SOCIAL /
UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL

REGISTRO DE PROGRAMA PARA SOLICITUD DE PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL

Plan de capacitación

Capacitaciones / Fechas / Comentarios

El DIF otorgará capacitación adecuada a los prestadores de servicio para la atención a las personas que lo requieren

Apoyo económico

¿Proporciona alguna prestación a los prestadores durante su servicio social? Sí

¿Cuál? apoyo con hospedaje y bono para despensa

Titular del programa


SR. MARIA CRISTINA RUIZ SANTANA

Nombre y firma

Sello de la dependencia



Receptor del programa


SR. MAYRA GUADALUPE DIAZ SANTOS

Nombre y firma

El presente formato deberá ser impreso, firmado y sellado para adjuntarlo en el sistema.