|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Informe Global de Actividades de Servicio Social Comunitario  con Enfoque en Medicina Familiar (SSCEMF)** | | | | | | | | | | |  |
|  | **Nombre de la Universidad/Centro Universitario** | | | | | | **Logotipo/Escudo** | | | | |  |
|  | **I.- Ficha de Identificación del Pasante** | | | | | | | | | | |  |
|  | **Nombre completo del Pasante** | |  | | | | | | **Inicio Servicio Social** | | |  |
|  | **Mes** | | **Año** |  |
|  |  | |  |  |
|  | **Unidad de Salud** | **Nombre** | **Jurisdicción Sanitaria** | **Periodo** | | **Comisión / Reubicación** | | | | | |  |
|  | **Inicio** | **Termino** | **NO** | **SI** | **Nombre de la Unidad** | | **Periodo** | |  |
|  | **Inicio** | **Termino** |  |
|  | **Unidad Ancla** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  | **Rotación 1** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  | **Rotación 2** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **II.- Descripción Narrativa de Actividades** | | | | | | | | | | |  |
|  | **Unidad Ancla** |  | | | | | | | | | |  |
|  | **Rotación 1** |  | | | | | | | | | |  |
|  | **Rotación 2** |  | | | | | | | | | |  |
|  | **III.- Análisis de Resultados** | | | | | | | | | | |  |
|  | **Unidad Ancla** |  | | | | | | | | | |  |
|  | **Rotación 1** |  | | | | | | | | | |  |
|  | **Rotación 2** |  | | | | | | | | | |  |
|  | **IV.- Conclusiones y Comentarios** | | | | | | | | | | |  |
|  | **Unidad Ancla** |  | | | | | | | | | |  |
|  | **Rotación 1** |  | | | | | | | | | |  |
|  | **Rotación 2** |  | | | | | | | | | |  |
|  | **V.- Información Numérica (La suma de los cuatro trimestrales por actividad desarrollada)** | | | | | | | | | | |  |
|  | **Unidad Ancla** |  | | | | | | | | | |  |
|  | **Rotación 1** |  | | | | | | | | | |  |
|  | **Rotación 2** |  | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **VI.- Datos de la Autoridad que valida la información** | | | | | | | | | | |  |
|  | **Coordinador de Desarrollo Institucional Jurisdicción Sanitaria Ancla** | | | | |  | **Institución Educativa** | | | | |  |
|  | **Nombre del responsable** | | | | | **Nombre del responsable** | | | | |  |
|  | **Firma** | | | | | **El pasante acredita criterios de liberación de Servicio Social Comunitario con Enfoque en Medicina Familiar e inclusive la entrega y aprobación de un Ensayo como parte del trabajo final.** | | | | |  |
|  | **Sello** | | | | | **Firma** | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Datos del Pasante en Servicio Social** | | | | | **Sello** | | | | |  |
|  | **Nombre completo** | | | | |  |
|  |  |
|  | **Firma** | | | | |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |