|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | **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** |   |
|   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |