**REPORTE TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES**

|  |
| --- |
| **PLAZA** |
| **Oficio de Comisión** | **\_\_\_CUTONALA/201\_\_** | **Alumno:** |  |
| **Turno:** |  | **Carrera:** |   |
| **Programa: Servicio Social en Instituciones de Salud.** |  |
| **Dependencia: Secretaria de Salud Jalisco.** |  |
| **Titular: (Quien aparece en tu oficio de comisión)** |   | **Receptor: (Quien aparece en tu oficio de comisión)** |   |
|  |  |  |  |
| **INFORME** |
| **Reporte Parcial de** | **\_\_\_ de 4** |  |   |
| **Fecha de Elaboración** |  |  |   |
| **Período del Trimestre** |  |  |   |
| **Actividades realizadas:** |  |
| **¿Las actividades que está realizando se ajustan a las expectativas del programa?** |   |
|   |
| **De las siguientes formaciones, ¿en qué porcentaje tu servicio social está aportando?** |   |
| **Nuevos Conocimientos** | **Experiencias formativas personales** | **Experiencias profesionales** | **Adquisición de habilidades** |
| **¿Cuáles consideras que son las principales aportaciones que estás brindando a la institución donde prestas tu servicio social?** |
|   |
| **¿Consideras que estás cumpliendo las actividades asignadas satisfactoriamente para la institución?** |
|   |
|  |  |  |  |
| **LLENADO POR LA DEPENDENCIA RECEPTORA** |
| **Beneficios obtenidos en la institución con la participación del prestador de servicio social** |
|   |
|   |
| **¿Lleva un control de asistencia?** |  |   |
| **Si. ¿Cuál?** |  | **No. ¿por qué?** |  |
|   |   |   |   |
|  |  |  |  |
| **Nombre y firma del Receptor** | **Nombre y firma del Alumno** |
|  |  |  |  |
|  |  **Sello de la dependencia (SSJ) receptora** |  |
|  |  |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  **DR. (Quien aparece en tu oficio de comisión)**  |  |  |  |
| **Nota: una vez que recabes la firma y sello de la dependencia receptora, deberás entregar el informe parcial a la Unidad de Servicio Social** |