**REPORTE TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES**

|  |
| --- |
| **PLAZA** |
| **Oficio de Comisión n°:** | **\_\_\_CUTONALA/20\_\_\_** | **Alumno:** |  |
| **Turno:**  |  | **Carrera:**  |  **Médico Cirujano Partero** |
| **Programa**: Servicio social | En Hospital Civil \_\_\_\_\_\_\_\_ Area: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| **Dependencia**: Universidad de Guadalajara**.**  | **Responsable Directo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** |
| **Titular: Dr. Alfredo Ramos Ramos**  |   | **Receptor: Dr. (Quien aparece en tu oficio de comisión)** |   |
|  |  |  |  |
| **INFORME** |
| **Reporte Parcial de** | **\_\_\_ de 4** |  |   |
| **Fecha de Elaboración** |  |  |   |
| **Período del Trimestre** | **Del a** |  |   |
| **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)**  |  | (Pon tu nombre completo aquí) |  |
| **Nota: Una vez que recabes la firma y sello de la dependencia receptora, deberás entregar el informe parcial a la Unidad de Servicio Social para obtener el sello y poder escanearlo o tomarle foto y subir a plataforma, y puedes agregar aquí en la parte de abajo el nombre del jefe de enseñanza del hospital civil Nuevo, Dr. José Felipe Muñoz Villa, o del Civil Viejo Dr. José de Jesus Díaz Avila para que te firmen validando tu estancia.** |