**REPORTE TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAZA** | | | | | | | | |
| **Oficio de Comisión n°:** | | **\_\_\_CUTONALA/20\_\_\_** | | | **Alumno:** |  | | |
| **Turno:** | | **Código: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | **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** | | **De a ¿cuales meses reportas?** | | |  |  | | |
| **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 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.** | | | | | | | | |