**REPORTE TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAZA** | | | | | | | | | |
| **Oficio de Comisión** | | **\_\_\_CUTONALA/20\_\_** | | | **Alumno:** | |  | | |
| **Turno:** | | **Codigo:** | | | **Carrera:** | |  | | |
| **Programa: Servicio Social** | | **En entidad perteneciente a la secretaría de Salud.** | | | | | | | |
| **Dependencia: Secretaria de Salud Jalisco.** | | | |  | | | | | |
| **Titular: Dr. Eduardo Vazquez Valls** | | | |  | **Receptor: Dr. Luis Alfredo Padilla Gómez** | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | |
| **INFORME** | | | | | | | | | |
| **Reporte Parcial de** | | **\_\_\_ de 4 (¿que reporte es?1,2,3, o 4?)** | | |  | |  | | |
| **Fecha de Elaboración** | |  | | |  | |  | | |
| **Período del Trimestre del** | | **al** | | |  | |  | | |
| **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 SSJ.** | | | | |  | | |
|  | |  | | |  | |  | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **Dr. Luis Alfredo Padilla Gómez** | |  | | |  | |  | | |
| **Nota: una vez que recabes la firma y sello de la dependencia receptora, deberás entregar el informe parcial a la Unidad de Servicio Social.** | | | | | | | | | |