



**INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DE SERVICIO SOCIAL
PASANTES DE ÁREAS MÉDICAS**

Nombre: _____
Carrera: _____
Escuela: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____
Dependencia asignada: _____
Programa: _____
Fecha de inicio de Servicio Social: _____
Fecha de término de Servicio Social: _____

1. - Desarrollo de Actividades (narración de actividades, sin anotar número y mes)

2. - Análisis de los Resultados



3. - Conclusiones y Comentarios

4. - Información Numérica (sumar los totales de los 4 informes trimestrales por actividad desarrollada)

**NOMBRE Y FIRMA
DEL JEFE INMEDIATO SUPERIOR**

NOMBRE Y FIRMA DEL PASANTE

**LIC. ABRAHAM VILLALPANDO CARDENAS
RESPONSABLE DEL ÁREA DE ESC. INCORPORADAS UDEG**

**NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE
DE SERVICIO SOCIAL EN LA ESCUELA**

NOTA: Para ser aceptados los informes deben tener las siguientes características:

1. Favor de imprimir en una sola hoja
2. Deben ser llenados a máquina o computadora
3. Buena redacción y ortografía
4. Todos los juegos en original con nombre, firma y sello de la dependencia
5. Los informes copiados a compañeros serán anulados