



**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