 U n i v e r s i d a d d e G u a d a l a j a r a

Unidad de Servicio Social

*Informe Global de Actividades*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Carrera* | Nutrición | | | | | | | *Código* |  | | | | | |  |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono | | | |
| *Nombre* |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Apellido Paterno | | | | | | | Apellido Materno | | Nombre (s) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| *Dependencia donde se realizo su Servicio Social* | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| *Programa* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Domicilio de la Institución* | | | |  | | | | | | | | | | *Tel* | | |  |  |
| *Municipio* | |  | | | | | | | | *Estado* | | | | |  | | |
| *Fecha de inicio* | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Desarrollo de Actividades (Narración de las actividades sin anotar el números o meses)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Campo a llenar por el Prestador de Servicio Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Análisis de los Resultados*** *( Anotar los datos numéricos de las actividades desarrolladas)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Campo a llenar por el Prestador de Servicio Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Conclusiones del proyecto*** *( primero* ***) y Comentarios personales*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Campo a llenar por el Prestador de Servicio Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Informe Numérico*** *(Anotar la suma de horas totales de los cuatro informes trimestrales por cada actividad o tipo de trabajo desarrollado y anotar el total de horas prestadas)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Campo a llenar por el Prestador de Servicio Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
| ***Titular de la Dependencia***  *Nombre, firma y sello* | | | | |  | | ***Prestador de Servicio Social***  *Nombre y firma* | | | |  | | ***Coordinación de Nutrición***  *Nombre, firma y sello* | | | | | | |
| ***Nota: Para ser aceptados los informes deben tener las siguientes características.***  ***1. Llenados a máquina o computadora, 2. Buena Redacción, 3. Buena ortografía, 4. Tres copias de cada informe con sellos y firmas ORIGINALES, 5. Los Informes copiados a compañeros serán anulados.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |