 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.*** |