



UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO
FACULTAD DE MEDICINA Y NUTRICIÓN
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL



AV UNIVERSIDAD Y FANNY ANITUA S/N
TEL. 01 (618)813-51-50
CP 34000 DURANGO, DGO. MÉX.
E-mail: nutrición_famed@hotmail.com

CLAVE SEP 1001641

PRIMER INFORME BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL DE PASANTE

I DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO _____ EDAD _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____ SEMESTRE _____ MATRÍCULA _____ CICLO ESCOLAR _____

GENERO M F

II DATOS DEL PERIODO EN EL QUE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL:

FECHA DE INICIO: _____ PERIODO DE REPORTE: _____

III. DATOS DE LA INSTITUCIÓN DONDE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL:

1. Nombre de la institución
2. Funciones del departamento donde se encuentra realizando el servicio social
3. Nombre del jefe inmediato que supervisa su trabajo
4. Actividad contemplada a realizar por el alumno (escrito por el responsable del alumno)

IV DATOS DEL INFORME.

(Anexar toda la información requerida impresa y en formato electrónico (con letra arial 12, interliniado 1.5)

1. Desglose de las actividades realizadas correspondientes al bimestre que reporta.
2. Indique las metodologías utilizadas para realizar dichas actividades
3. Describa el fundamento de las actividades realizadas.

Vo.Bo. del responsable
del alumno

Fecha en que se recibe

Alumno

/mm/dd/aaaa/

Responsable Directo

Nombre y Firma



UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO
FACULTAD DE MEDICINA Y NUTRICIÓN
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL



AV UNIVERSIDAD Y FANNY ANITUA S/N
TEL. 01 (618)813-51-50
CP 34000 DURANGO, DGO. MÉX.
E-mail: nutrición_famed@hotmail.com

CLAVE SEP 1001641

SEGUNDO INFORME BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL DE PASANTE

I DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO _____ EDAD _____
DIRECCIÓN _____
TELEFONO _____ SEMESTRE _____ MATRÍCULA _____ CICLO ESCOLAR _____
GENERO M F

II DATOS DEL PERIODO EN EL QUE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL:

FECHA DE INICIO: _____ PERIODO DE REPORTE: _____

III. DATOS DE LA INSTITUCIÓN DONDE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL:

1. Nombre de la institución
2. Nombre del Jefe inmediato que supervisa su trabajo.
3. Nombre del jefe inmediato que supervisa su trabajo
4. Actividad contemplada a realizar por el alumno (escrito por el responsable del alumno)

IV DATOS DEL INFORME.

(Anexar toda la información requerida impresa y en formato electrónico (con letra arial 12, interliniado 1.5)

5. Desglose de las actividades realizadas correspondientes al bimestre que reporta.
6. Indique las metodologías utilizadas para realizar dichas actividades
7. Describa el fundamento de las actividades realizadas.

Vo.Bo. del responsable
del alumno

Fecha en que se recibe

Alumno

/mm/dd/aaaa/

Responsable Directo

Nombre y Firma



UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO
FACULTAD DE MEDICINA Y NUTRICIÓN
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL



AV UNIVERSIDAD Y FANNY ANITUA S/N
TEL. 01 (618)813-51-50
CP 34000 DURANGO, DGO. MÉX.
E-mail: nutrición_famed@hotmail.com

CLAVE SEP 1001641

TERCER INFORME BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL DE PASANTE

I DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO _____ EDAD _____
DIRECCIÓN _____
TELÉFONO _____ SEMESTRE _____ MATRÍCULA _____ CICLO ESCOLAR _____
GÉNERO M F

II DATOS DEL PERIODO EN EL QUE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL:

FECHA DE INICIO: _____ PERIODO DE REPORTE: _____

III. DATOS DE LA INSTITUCIÓN DONDE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL:

1. Nombre de la institución
2. Nombre del Jefe inmediato que supervisa su trabajo.
3. Nombre del jefe inmediato que supervisa su trabajo
4. Actividad contemplada a realizar por el alumno (escrito por el responsable del alumno)

IV DATOS DEL INFORME.

(Anexar toda la información requerida impresa y en formato electrónico (con letra arial 12, interlineado 1.5))

5. Desglose de las actividades realizadas correspondientes al bimestre que reporta.
6. Indique las metodologías utilizadas para realizar dichas actividades
7. Describa el fundamento de las actividades realizadas.

Vo.Bo. del responsable
del alumno

Fecha en que se recibe

Alumno

/mm/dd/aaaa/

Responsable Directo

Nombre y Firma



UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO
FACULTAD DE MEDICINA Y NUTRICIÓN
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL



AV UNIVERSIDAD Y FANNY ANITUA S/N
TEL. 01 (618)813-51-50
CP 34000 DURANGO, DGO. MÉX.
E -mail: nutrición_famed@hotmail.com

CLAVE SEP 1001641

CUARTO INFORME BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL DE PASANTE

I DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO _____ EDAD _____
DIRECCIÓN _____
TELEFONO _____ SEMESTRE _____ MATRÍCULA _____ CICLO ESCOLAR _____
GENERO M F

II DATOS DEL PERIODO EN EL QUE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL:

FECHA DE INICIO: _____ PERIODO DE REPORTE: _____

III. DATOS DE LA INSTITUCIÓN DONDE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL:

1. Nombre de la institución
2. Nombre del Jefe inmediato que supervisa su trabajo.
3. Nombre del jefe inmediato que supervisa su trabajo
4. Actividad contemplada a realizar por el alumno (escrito por el responsable del alumno)

IV DATOS DEL INFORME.

(Anexar toda la información requerida impresa y en formato electrónico (con letra arial 12, interliniado 1.5)

5. Desglose de las actividades realizadas correspondientes al bimestre que reporta.
6. Indique las metodologías utilizadas para realizar dichas actividades
7. Describa el fundamento de las actividades realizadas.

Vo.Bo. del responsable
del alumno

Fecha en que se recibe

Alumno

/mm/dd/aaaa/

Responsable Directo

Nombre y Firma



UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO
FACULTAD DE MEDICINA Y NUTRICIÓN
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL



AV UNIVERSIDAD Y FANNY ANITUA S/N
TEL: 01 (618)813-51-50
CP 34000 DURANGO, DGO. MÉX.
E-mail: nutrición_famed@hotmail.com

CLAVE SEP 1001641

QUINTO INFORME BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL DE PASANTE

I DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO _____ EDAD _____

DIRECCIÓN _____

TELEFONO _____ SEMESTRE _____ MATRÍCULA _____ CICLO ESCOLAR _____

GENERO M F

II DATOS DEL PERIODO EN EL QUE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL:

FECHA DE INICIO: _____ PERIODO DE REPORTE: _____

III. DATOS DE LA INSTITUCIÓN DONDE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL:

1. Nombre de la institución
2. Nombre del Jefe inmediato que supervisa su trabajo.
3. Nombre del jefe inmediato que supervisa su trabajo
4. Actividad contemplada a realizar por el alumno (escrito por el responsable del alumno)

IV DATOS DEL INFORME.

(Anexar toda la información requerida impresa y en formato electrónico (con letra arial 12, interliniado 1.5)

5. Desglose de las actividades realizadas correspondientes al bimestre que reporta .
6. Indique las metodologías utilizadas para realizar dichas actividades
7. Describa el fundamento de las actividades realizadas.

Vo.Bo. del responsable
del alumno

Fecha en que se recibe

Alumno

/mm/dd/aaaa/

Responsable Directo

Nombre y Firma



UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO
FACULTAD DE MEDICINA Y NUTRICIÓN
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL



CLAVE SEP 1001641

INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL DE PASANTE

I DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO _____ EDAD _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____ SEMESTRE _____ MATRÍCULA _____ CICLO ESCOLAR _____

GENERO M F

II DATOS DEL PERIODO EN EL QUE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL:

FECHA DE INICIO: _____ PERIODO DE REPORTE: _____

III. DATOS DE LA INSTITUCIÓN DONDE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL:

1. Nombre de la institución
2. Nombre del jefe inmediato que supervisa su trabajo

IV DATOS DEL INFORME.

(Anexar toda la información requerida impresa y en formato electrónico (con letra arial 12, interliniado 1.5)

1. Desglose de las actividades realizadas correspondientes al quinto y sexto meses del servicio social.
2. Indique las metodologías utilizadas para realizar dichas actividades
3. Escriba la forma en la que se benefició la comunidad y/o dependencia
4. Indique las metodologías utilizadas para realizar dichas actividades
5. Describa los aprendizajes obtenidos durante la realización de su servicio social de acuerdo con los siguientes aspectos:
 - a. Conocimientos
 - b. Habilidades
 - c. Actitudes
 - d. Problemas detectados y resueltos o no resueltos en sus espacios de servicio.
6. Mencione la experiencia personal que vivió durante la realización del servicio social en relación con conocimientos, habilidades, valores y crecimiento personal.
7. Realice una autoevaluación de su capacidad para desempeñarse en el ámbito laboral.

Vo.Bo. del responsable
del alumno

Fecha en que se recibe

Alumno

Responsable Directo

/mm/dd/aaaa/

Nombre y firma



UNIVERSIDAD JUAREZ DEL ESTADO DE DURANGO
FACULTAD DE MEDICINA Y NUTRICIÓN
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL



EVALUACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL DE PASANTE

OBJETIVO: obtener una evaluación más amplia del comportamiento, capacidad e iniciativa de nuestro futuro profesionista.

Le solicitamos de la manera más atenta nos proporciones la siguiente información:

Fecha _____

Institución _____

Nombre del prestador del Servicio Social _____

Área donde se ubicó el prestador del servicio social _____

Nombre del responsable de área _____

Las actividades realizadas por el pasante fueron de una utilidad del _____ % para la Institución.

Los conocimientos que tiene el alumno ¿fueron suficientes para desempeñar de manera adecuada las actividades encomendadas?

Si () No ()

¿Por qué?

Las habilidades que tiene el alumno, ¿fueron suficientes para desempeñar de manera adecuada las actividades encomendadas?

Si () No ()

¿Por qué?

En caso de que alguna de sus respuestas de las preguntas anteriores haya sido NO, señale áreas de deficiencia del pasante:

ÁREA CLÍNICA

Trato con el paciente	()
Elaboración de historia clínica	()
Evaluación del estado de nutrición	()
Toma de mediciones antropométricas	()
Interpretación de indicadores	()
Notas de expediente	()
Intervención nutricia	()
Guía alimentaria	()
Orientación alimentaria individual y/o grupal	()
Relación adecuada con el equipo multidisciplinario	()
Comunicación con el personal involucrado en su área de trabajo	()
Presentación de resultados	()

ÁREA ADMINISTRATIVA

Comunicación con el personal involucrado en su área de trabajo	()
Recepción de proveedores	()
Supervisión de materias primas	()
Manejo del sistema PEPS	()
Supervisión del adecuado funcionamiento del equipo y mobiliario	()
Control de almacén	()
Revisión de las minutas	()
Aplicación de programas de limpieza y rotación de personal	()
Participación en inventarios	()
Supervisión en la higiene preparación y servicio de alimentos	()
Resolución de contratiempos	()
Presentación de resultados	()

ÁREA COMUNITARIA

Facilidad de palabra	()
Aplicación de encuestas alimentarias o de salud	()
Elaboración de diagnóstico nutricional de la población	()
Implementación de estrategias y/o programas de nutrición	()
Presentación de resultados	()

A continuación se muestra una tabla de criterios que se desean evaluar del pasante de acuerdo con su desempeño en la realización de su servicio social.

CONCEPTO	MALA	REGULAR	BUENA	EXCELENTE
Iniciativa				
Puntualidad				
Asistencia				
Responsabilidad				
Calidad de trabajo				
Capacidad de trato al personal				
Presentación personal				
Cooperación				
Criterio				
Ética				
Adaptabilidad clima de trabajo				
Comunicación con los compañeros				
Comunicación con el jefe inmediato				

Con base en todo lo anterior el desempeño del alumno fue:

Malo
 Regular
 Bueno
 Excelente

Observaciones _____

Nombre, Firma y puesto del jefe inmediato que supervisó el trabajo del alumno:

Gracias por su cooperación.